Nr 10 7 marca 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dr Eugeniusz ARTWIŃSKI. Prof. U. J. K. Lwów.

Ś. p. Karol Nałęcz-Brudzewski. (1868—1935).

Zarys sylwetki psychologicznej.

„Non omnis moriar"

Właściwa człowiekowi tęsknota do nieśmiertelności bywa zaspakajana bardzo nierównomiernie. Wdzięczna pamięć ludzkości o genialnych twórcach i uczonych bywa prawie wiecznotrwała. Najprędzej może zyskują sławę i rozgłos wielcy aktorzy, ale stosunkowo najwcześniej też bywają zapominani.

Pamięć ludzka zatacza nie tylko bardzo nierównomierne kręgi, ale i różnie długie trwa okresy czasu. Bywają nazwiska i dzieła w ciągu długich wieków czczone przez całą ludzkość cywilizowaną (Homer, Horacy, Dante, Szekspir, Kopernik, Galileusz, Newton i inni). Czasem znowu pamięć o twórcach wielkiej nawet wartości utrzymuje się jedynie w wąskich kołach interesujących się danymi gałęziami wiedzy czy sztuki.

Dzisiaj pod tym względem jest stosunkowo może jeszcze gorzej niż dawniej bywało. Współcześni nasi więcej interesują się życiem i pracami „gwiazd i gwiazdorów" filmowych i sportowych i więcej też o nich wiedzą, aniżeli o twórcach rzetelnych: uczonych, myślicielach i artystach prawdziwie twórczych. Nie traćmy jednak nadziei, że jest to jedynie przejściowe i krótkotrwałe zaćmienie blasku słońc gorejących, przez słabe światło gwiazd szybko gasnących. Jeżeli ludzka kultura ma ostać się żywa i twórcza, musi wrócić i wróci szacunek głęboki i kult prawdziwy dla twórców genialnych i jednostek wybitnych.

Najsmutniejszym jest los tych licznych pracowników umysłowych, którzy nie zdołali stworzyć rzeczy wielkich ani w dziedzinie nauki ani sztuki. Pamięć o nich przeżywa zaledwie okres ich życia. Wyniki ich mrówczych i mozolnych prac wsiąkają bezgłośnie w chłonną glebę nauki. Czasami nawet dla historyków nauki pozostają bezimienni. Bez znojnej i upartej pracy tych badaczy rozwój nauki byłby wręcz niemożliwy. Zasługują też na wdzięczną i trwałą pamięć ludzką nie tylko twórcy dzieł nieśmiertelnych, ale i ci pomniejsi a bezimienni badacze i artyści. Warci są pamięci ludzkiej nie tylko uczeni i artyści, ale i ofiarni pracownicy. Socjologów i psychologów pociągają twórcy kultury materialnej i duchowej, zarówno mali, jak i wielcy.

Jednym z tych wartych trwalszej pamięci był ś. p. Karol Nałęcz-Brudzewski.

Profesor dr Jan Lauber ocenił wartość K. B. jako uczonego i okulisty we wspomnieniu pośmiertnym, drukowanym w numerze 50 Pol. Gaz. Lek. z roku 1935.

W myśl zasady, że człowiek sam jako taki w równej mierze wart jest pamięci, jak i jego dzieło, pragnąłbym tu podać kilka cech psychologicznych, świadczących o szlachetnej i renesansowo bogatej naturze i osobowości K. B.

K. B. zasługuje na pamięć nie tylko jako bogata i twórcza indywidualność, ale i jako przedstawiciel wygasającej już w Polsce epoki kulturalnej.

K. B. urodził się i wczesne dzieciństwo spędził w Lednogórze, położonej nad pięknym Gopłem. Tradycja starych rodzin ziemiańskich urabiała jego umysłowość i charakter, a że, jak pięknie i słusznie powiedziano: „młodość jest rzeźbiarką, co wykuwa żywot cały", ślady wychowania i atmosfery dworu ziemiańskiego pozostawiły po sobie trwały odcisk na całe jego życie. Cechy umysłowości ziemiańskiej przetrwały w nim i oparły się zwycięsko wpływom kultury miejskiej mimo, że w mieście spędził prawie całe swoje życie. K. B. mógł był służyć jako przykład klasyczny, świadczący o słuszności zapatrywań Władysława Leopolda Jaworskiego, że istnieje myślenie rolnicze i przemysłowe. Obydwa te rodzaje myślenia są ściśle i wyraźnie rozgraniczone. K. B. lubił wieś i czuł się najlepiej podczas swoich wypoczynkowych wyjazdów. Był on umysłem, tak jak to rolnicy zazwyczaj bywają, zachowawczym. Nie zdołał się uwolnić nawet od pewnych przesądów i nieraz już przestarzałych ziemiańsko-staroszlacheckich uprzedzeń myślenia. Prócz wpływów otaczającej go starej i dobrej kultury ziemiańskiej, na życie całe pozostawiły na nim wyraźne i trwałe ślady wpływy wychowawcze jego ojca, byłego wojskowego. K. B. był wychowywany, o czym sam chętnie i z uśmiechem wspominał, prawdziwie po żołniersku. Od najwcześniejszych lat przyzwyczajano go do posłuszeństwa i ślepego posłuchu dla ojcowskich rozkazów i zakazów. Nie był on dzieckiem do prowadzenia łatwym, bo, jak sam żartobliwie wspominał, był w dzieciństwie uparty i nie biciem, lecz żelazną konsekwencją potrafił ojciec, stary żołnierz, upór ten przełamać i skierować go w pożądanym kierunku. Już wówczas rozbudzano i hodowano w nim posłuch dla praw moralnych, nakazów etyki i honoru. Wszystkie te cechy w młodości umiejętnie i troskliwie pielęgnowane, miały się w nim w ciągu dalszego życia utrwalić i tak pięknie rozwinąć. Nie zdziwi nas ten silny wpływ wychowawczy ojca, jeżeli odtworzymy sobie jego sylwetkę na podstawie tego, co pisał o rotmistrzu Edwardzie Brudzewskim Stanisław Wasylewski w numerze 6 „Wiadomości Literackich" z 29 stycznia 1933 r.: „Pod narzutem zrzędy kryje się w tym papie człowiek cenny. Nie jakiś polus zaśniedziały na zagrodzie, ale szlachcic wyjątkowy, dawnej, bardzo dawnej miary. Renesansowiec po prostu. Zorjentowany we wszystkim co się dzieje, Europejczyk, bywały w świecie i tęgo edukowany, książki i szabli po równemu ciekaw. Ponadto wobec gości facecjonista, anegdociarz doskonały. Opowiadając używa słów i zwrotów dalekich od zwyczaju szlachty podkrakowskiej, a też przerasta ją resursami umysłu o kilka dobrych długości". Siostra ś. p. K. B. Adela Bieniewska, mówi o ojcu swoim ś. p. Edwardzie rotmistrzu Brudzewskim, jako o bohaterze, „dla którego powstanie styczniowe nie skończyło się wcale i trwa dalej".

Posłuszeństwo wobec nakazów własnej etyki oraz prawdziwie spartańska dyscyplina, opanowanie wewnętrzne i rycerskie poczucie obowiązku, odpowiedzialności i honoru, uczyniło z K. B. człowieka wzorowego, dżentelmena o typie swoiście polskim. Dyscyplina ojcowska została w ciągu życia zamieniona na jeszcze twardszą i litości nie znającą autodyscyplinę. Byłyby to może właściwości najtrwalsze i najcharakterystyczniejsze, bo pochodzące z wczesnego dzieciństwa.

Szkoła, uniwersytet i wpływy kultury miejskiej słabsze już tylko i mniej trwałe pozostawiły na nim ślady.

Zamiłowanie do rzeźby, serdeczne i szczere współżycie ze światem artystów, dodało jego osobowości czaru i uroku osobliwego. Przytarło też i niejako wygładziło ostre kanty surowego ziemiańsko-szlacheckiego na świat poglądu. O współżyciu K. B. z artystami wspomina Boy-Żeleński w książce: „Plotki, plotki..." w rozdziale „Plotki Zielonego Balonika": „Równocześnie odbywała się praca nad laleczkami. Lepił je dzisiejszy laureat wystaw europejskich Szczepkowski, oraz utalentowany rzeźbiarz, z zawodu okulista, dr Brudzewski".

Życie z artystami przyzwyczaiło go do swobody towarzyskiej i szczerej tolerancji, która umożliwiła mu zrozumienie i wczucie się w poglądy, krańcowo różne od jego własnych. Znakomitym dodatkiem do szlacheckiej staropolskiej kultury był biegunowo różny i odmienny wpływ chłonnej i upajającej atmosfery Paryża. K. B. pozostał wiernym wielbicielem i szczerym miłośnikiem w ciągu całego swego życia, kultury, umysłowości, nauki i sztuki francuskiej.

K. B. ukrywał umiejętnie i wstydliwie żarliwe swoje uczucia. Nie lubił mówić o sprawach osobistych lub sprawach innych ludzi i o swoim na świat poglądzie. Gorące uczucia chował pod maską pozornej opryskliwości i rubaszności. K. B. nie prowadził nigdy zasadniczych rozmów i rozważań „pryncypialnych". Trudno wiedzieć coś pewniejszego o życiu religijnym człowieka tak subtelnie uczuciowo skrytego, jakim był K. B. Pozornie wydawał się wolnomyślicielem XVIII w. typu wolteriańskiego, ale tylko pozornie, bo intuicyjnie wyczuwało się w nim prawdziwy i głęboko rozwinięty „zmysł religijny" w rozumieniu Wiliama Jamesa. K. B. nie interesował się żywiej zagadnieniami metafizycznymi. Zaciekawienia jego umysłowe były jednak niesłychanie rozległe i wszechstronne. Od młodości wdrożony, szczególnie przez studia paryskie, do zagadnień matematyczno-fizycznych, interesował się nimi zawsze i wiernie. Pociągała go rów-

nież i historia powszechna, a że pamięć do śmierci zachował znakomitą, odznaczał się bystrą znajomością dat i wydarzeń historycznych. Z przekonań był zachowawcą, zrośniętym z umiłowaną kulturalną atmosferą Krakowa. Wysoce zaszczytną i pociągającą propozycję objęcia katedry okulistyki odrzucił, mówiąc, że nie przesadza się starych drzew w nową glebę. Wierny i pilny czytelnik „Czasu", zachwycał się Historią Polski Michała Bobrzyńskiego. Uważał, że należało by ją dawać do rąk naszej młodzieży, aby z ksiąg tych czerpała naukę postępowania dla swojej przyszłej społecznej działalności. Czynnym politykiem nie był nigdy i nie zdradzał też w tym kierunku głębszej ciekawości. Był kochającym i lojalnym członkiem swego narodu. Wstrętne mu było wystawianie na pokaz publiczny uczuć głębokich i krzykliwego patriotyzmu.

W sferze sztuki nie był K. B. powierzchownym dyletantem, ale miłośnikiem głębokim i twórcą szczerym. Pięknie rysował, malował akwarelą i pozostawił szereg prac rzeźbiarskich. O ile mi wiadomo, po raz pierwszy rzeźby K. B. zostały wystawione w Krakowskim Pałacu Sztuk Pięknych i to dwukrotnie, w lecie i jesienią 1905 r. W katalogu wystaw prace te ukazały się pod przybranym nazwiskiem Karola Boromé. W „Nowej Reformie" z 1905 r. znajdujemy dwa sprawozdania z wystaw w Pałacu Sztuki podpisane literą „W", gdzie są ocenione prace K. B. W „Nowej Reformie" z dnia 14 maja 1905 r. czytamy: „Niespodzianką nader miłą dla miłośników rzeźby jest pojawienie się młodego artysty, kryjącego się pod pseudonimem Karola Boromé. O młodości jego świadczy niezupełnie opanowana, nieśmiała jeszcze technika modelowania, o talencie bajeczny wprost dar chwytania podobieństwa w portretach. Biusty rektora Browicza, majora Brożyńskiego i adwokata Łepkowskiego wydają się skamieniałymi wizerunkami żywych osób". W tejże „Nowej Reformie" w numerze 247 z dnia 28. X. 1905 r. czytamy o rzeźbach K. B. następujący sąd tego samego „W": Grupa królików, również wypalona w gipsie, jest pełnym wdzięku cackiem artystycznym, w którym lekkość i zręczność modelowania znalazły wyraz dobitny". Do rzeźby zachęcał go rektor U. J. Kazimierz Kostanecki, b. prezes P. A. U., głęboki znawca i wierny sztuki miłośnik. Z polecenia i namowy K. Kostaneckiego, podówczas dziekana Rady Wydziału Lekarskiego U. J. powstało popiersie prof. Stopczańskiego, zawieszone w Zakładzie Chemii Lekarskiej U. J. w 1907 r., które znajduje się tam dotychczas. Powstały później jeszcze liczne i udatne popiersia, portrety wielu osób znanych. Portret rektora Tadeusza Browicza z 1905 r. po dziś dzień zdobi mury Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. Jeden z bliżej mi znanych artystów plastyków (B. T.), tak ocenił twórczość rzeźbiarską K. B.: „Brudzewski nie szukał monumentalnych ani czysto rzeźbiarskich rozwiązań w swych dziełach. Interesowało go przede wszystkim samo życie. Człowiek i jego uczucia interesowały go znacznie więcej, niż forma. W licznych popiersiach na pierwszy plan wysuwa się głównie wyraz twarzy (niezwykle silny w ekspresji portret J. Krasickiego, Prokesza, Prof. Seńkowskiego i A. Sokołowskiego). Nawet w swoich kompozycjach, gdzie nie był tak krępowany modelem, przede wszystkim dominuje wyraz nad formą (np. bardzo sugestywnie działająca maska, pt. „ból zębów"). Ujęcie rzeźbiarskie jest mu niemal obojętne, gdyż celem jego jest nade wszystko skupienie w swym dziele najwięcej siły ekspresji. Jeśli chodzi o specjalny dział, który w rzeźbie uprawiał Brudzewski z zamiłowaniem, tj. rzeźbienie zwierząt, to i tu nie kompozycja rzeźbiarska, nie poszukiwanie tylko czysto plastycznych problemów występuje jako podnieta do tworzenia. Chęć uchwycenia żywej istoty w możliwie naturalnej pozie, podpatrzenie życia w jego najbardziej bezpośredniej formie, bez zamiaru poszukiwania jakichkolwiek innych założeń artystycznych, oto jego cel główny. Za pewną próbę odbiegnięcia od tej zasady uważać można rzeźby figuralne, grupowe, gdzie czysty instynkt rzeźbiarski wziął górę nad ekspresją (grupa faunów i grupa pijaków). Nadzwyczaj sumienne studia pozwalały Brudzewskiemu przeprowadzić jego ekspresyjne założenia z pełnym powodzeniem artystycznym".

K. B. był psychicznie uderzająco podobny do ojca swojego, ś. p. rotmistrza Edwarda Brudzewskiego. Można by tu raz jeszcze powtórzyć za Stanisławem Wasylewskim dosłownie to samo o synu, co on powiedział o ojcu: „Nie jakiś polus, zaśniedziały na zagrodzie, ale szlachcic wyjątkowy, dawnej, bardzo dawnej miary. Renesansowiec po prostu. Zorjentowany we wszystkim, co się dzieje. Europejczyk, bywały w świecie i tęgo edukowany". K. B. był w życiu codziennym człowiekiem bezkompromisowym, niecierpliwym, bezpośrednim, wyjątkowo szczerym, pozornie rubasznym, a w głębi po wielkopańsku wytwornym i subtelnym. Nigdy o nikim źle nie mówił i pozostał stale wiernym wskazaniu Tomasza a Kempis[1], którego pism może nawet i nie znał, że: „ileż to przynosi dobra i pokoju milczeć o drugich, nie wierzyć wszystkiemu bez różnicy i nie rozgłaszać nierozważnie słyszanych rzeczy".

K. B. był ostatnim męskim potomkiem rodu dobrze kulturze polskiej zasłużonego. O jego praszczurze pięknie powiedział prof. U. J. Ignacy Chrzanowski w swojej Literaturze Niepodległej Polski. „W w. XV Akademia krakowska rozwijała się świetnie, na cały świat cywilizowany zasłynęła tak znakomitymi teologami, jak Mateusz z Krakowa i Jakub z Paradyża oraz matematykami i astronomami, z których najznakomitszym był Wojciech z Brudzewa: na jego to wykłady uczęszczał przy końcu XV w. Mikołaj Kopernik, ta największa chwała Akademii".

Rozpisałem się tu dłużej o ś. p. Karolu Nałęcz-Brudzewskim, aniżeli jest to w zwyczaju piszących wspomnienia pośmiertne. Sądzę jednak, że prawdziwie i wiernie skreślone sylwetki psychologiczne, podobnie jak i pamiętniki nieraz aż nazbyt drobiazgowe i nudne, odtwarzające zdarzenia z danej epoki, mogą mieć kiedyś wartość naukową dla przyszłych badaczy nie tylko historii medycyny, ale obyczajów i kultury w Polsce. Dla tego też było by może dobrze, aby tego rodzaju wspomnienia pozostawały utrwalone na kartach pism lekarskich. Jeżeli kiedyś następcy nasi będą przeglądać pożółkłe od starości roczniki pism lekarskich, wspomną wdzięcznie tych swoich poprzedników, którzy nowe torowali drogi wiedzy lekarskiej, lub choćby pozornie niewiele znaczące, pierwsze czynili spostrzeżenia i odkrycia, albo też byli wybitnymi nauczycielami wiedzy i sztuki lekarskiej. A że w Polsce ludzi takich nie brak, wystarczy dla przykładu wymienić kilka nazwisk zmarłych profesorów medycyny Wszechnicy Jagiellońskiej — jak Tadeusz Browicz, Napoleon Cybulski, Maciej Jakubowski, Henryk Jordan, Edward Korczyński, Aleksander Rosner i wielu, wielu jeszcze innych. Są to lekarze, którzy zasłużyli się nie tylko medycynie, ale i kulturze polskiej. Piszący o nich dobrze spełnią swe zadanie, jeżeli kreśląc ich sylwetki, kierować się będą słowami wielkiego pisarza francuskiego, André Gide'a, że: „Licha to miłość, która ogranicza się do pochwał".

PRACE ORYGINALNE.

Dr J. W. JANKOWSKI Lwów.

Pierwsze próby leczenia solami fluoru przewlekłych schorzeń stawowych.

Z Przychodni Przeciwgośćcowej II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr R. Rencki) i z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie (Ordynator: Dr Z. Czeżowska).

Fluor jest, jak wiadomo, pierwiastkiem jednowartościowym (o cięż. atom = 19), należącym do grupy chlorowców, odznaczających się silnym powinowactwem chemicznym (zwłaszcza do wodoru).

Piśmiennictwo lekarskie o fluorze sięga 100 lat wstecz i jest względnie obfite, jednak ogranicza się do opisów zatrucia związkami fluorowymi, następnie do badań ściśle z dziedziny chemii lekarskiej. Próby leczniczego zastosowania fluoru są bardzo nieliczne, ograniczają się one zaledwie do kilku prac z ostatnich lat, może dlatego, że pierwiastek ten uważano w medycynie za toksyczny i jako taki był używany do celów zbrodniczych, trucicielskich. Dotychczasowe badania nie wykryły znaczenia, jakie fluor ma w ustroju w warunkach fizjologicznych, ani nie wykryły dokładnie mechanizmu jego toksycznego działania.

Pierwszym, który odkrył fluor w ustroju był Morchini (1801 r.), Fremy (w r. 1855) stwierdził małą ilość fluoru we wszystkich kościach, i, co jest bardzo ważne dla moich badań, wykazał, że ilość fluoru jest zależna od tego, czy kość jest zdrowa, czy też wykazywała zwiększoną łamliwość i gorszą zdolność gojenia.

Gautier i Clausmann (w roku 1913) badali tkanki na zawartość fluoru i doszli do wniosku, że fluor jest satelitą fosforu i ułatwia wiązanie fosforu w tkankach. W pracach chemicznych dotyczących zawartości fluoru w organizmie, zwłaszcza w pracach dawniejszych, brak dokładnej mikrometody do oznaczania fluoru, wskutek czego w wynikach poszczególnych autorów widzi się znaczne różnice, np. poziom fluoru we krwi prawidłowej Gautier oznaczył na 200 γ%, Gorlitzer na 80 γ%, a Stuber i Lang na 2—4 γ%.

---

[1]) „O Naśladowaniu Jezusa Chrystusa". Księga III. Rozdział XLV.



Doc. Dr Karol Nałęcz-Brudzewski
portret z lat ostatnich.



Rektor Prof. Dr Browicz
terracota 1905.



Króliki
porcelana 1905.



Walczące fauny
1915.

Z badań doświadczalnych dowiemy się, że jon fluoru wpływa na przemianę węglowodanów w tkankach: hamuje wytwarzanie się kwasu mlekowego (Embden (6), Harman), wzmaga syntezę laktacidogenu, hamuje defosforyzacje, hamuje enzymy: fosfatazę (Grzycki (9)), ureazę (Jakobi), lipazę (Rotschild (22)), ferment glikolityczny (Dickens (19)). Zatrucie tkanek powstaje przez zahamowanie oddychania (Philips (8), Chank, Stare (7), Kisch), możliwym jest, że przez strącenie wapnia w komórce, według Lipmana (26) przez zahamowanie wytwarzania się kwasu mlekowego: zahamowanie oddychania jest sprawą odwracalną, gdyż po wypłukaniu tkanki z fluoru oddychanie wraca. Philips i Stare (7) zatrucie fluorem przyrównują do awitaminozy C, gdyż te oba stany mają polegać na zaburzeniu oddychania tkankowego i zmniejszaniu się kwasu askorbinowego w tkankach. Wpływ fluoru na gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu badał Christiani (20) i stwierdził po dłuższym podawaniu fluoru zmniejszenie się przysadki i uszkodzenie tarczycy. Wpływ zatrucia fluorem na kości badał Dittrich (13, 14), który stwierdził u królików, świnek morskich i szczurów scieńczenie ich istoty zbitej, powiększenie się czerwonego szpiku kostnego, wykrzywianie się kości, mikroskopowo zaś odwapnienie, sprawy resorbcyjne, doprowadzające do powstawania nawet nieregularnych jam, do zaburzenia normalnego kostnienia w linii nasady, zahamowanie wzrostu na wzdłuż, zanik i częściowo zanikanie beleczek kostnych istoty gąbczastej kręgów. Po zaprzestaniu podawania fluoru i podaniu wapnia można było uzyskać poprawę. Podobne zmiany w kościach stwierdzili Christiani (28) i Mc Collum (31) oraz Pachaly; a Branal i Tappeiner jeszcze w roku 1891 wykazali, że fluor podany *per os* nagromadza się w kościach. Scharpless i Mc Collum (12) stwierdzili, że drobne ilości fluoru, niemniejsze jednak od ilości jodu, są przyjmowane stale w codziennych pokarmach, a dieta nie zawierająca fluoru wywołuje zmiany w budowie kości, zwłaszcza w zębach (przerost naczyń włoskowatych).

Stuber i Lang (23) badali wpływ fluoru na krzepliwość krwi i wykazali, że ludzie przebywający w okolicach, w których woda zawiera więcej fluoru posiadają większy poziom fluoru we krwi i dłuższy czas krzepnienia. Ciż sami autorowie znaleźli wysoki poziom fluoru we krwi u krwawców. Badania ostatnie potwierdził Taeger (24), natomiast Brandes Hoff i May (17) nie wykazali zmian.

Obraz kliniczny zatrucia związkami fluoru, według Neugebauera, Seldmajera (18), Raestrupa, Dyrenfurtha (30) i innych, przedstawia się w ostrym zatruciu następująco: w kilka godzin po spożyciu zatrutego pokarmu występują gwałtowne bóle w nadbrzuszu, wymioty, bóle o charakterze kolki w całym brzuchu, uczucie pragnienia, drgawki wszystkich mięśni, śmierć wśród objawów porażenia serca; przewlekłe zatrucie ma przebieg podobny, mianowicie wymioty, bóle brzucha, ogólne osłabienie, spadek ciężaru ciała, objawy zapalenia nerek, następnie stany podgorączkowe, duszność, bóle nóg, zaburzenia czucia, trudności w chodzeniu, następnie porażenia, śmierć przez porażenie oddychania i osłabienie serca. Eds (11) oblicza dawkę trującą dla zwierząt ciepłokrwistych 0,5 g na kg ciężaru przy podaży doustnej; 0,15 g przy podawaniu podskórnym lub dożylnym. Przewlekłe zatrucie mają wywoływać dawki 15—150 mg na kg wagi, co dzień przez szereg miesięcy.

Próby leczenia ludzi związkami fluoru są bardzo nieliczne, i to dopiero w ostatnich kilku latach[1]), i ograniczają się prawie wyłącznie do leczenia choroby Basedowa; (Goldenberg (32, 33), Orłowski (34), Macchioro, May (5)) podawali NaFl i NH_4Fl w 2% roztworze 10—20 kropel 4 razy dziennie, lub dożylnie 5—25 centygramów NaFl. Wyniki lecznicze miały być bardzo dobre. Gorlitzer (10) leczył przypadki nadczynności tarczycy kąpielami: na 200 l wody 30 cm³ fluorowodoru. Callam (35) podawał fluorek sodowy z dobrym wynikiem w przypadkach keloidów skórnych. Goldenberg twierdzi, że istnieje antagonizm w organizmie między fluorem a jodem: wól może być wywołany nie tylko przez brak jodu, lecz także przez fluor.

* * *

Zanim przejdziemy do omawiania wyników moich badań, należy przypomnieć, że w przewlekłych schorzeniach stawowych, bez względu na ich tło (sprawa zakaźna, zwyrodnieniowa, czy zaburzenia w przemianie materii), najgroźniejszym i niestety najczęstszym zejściem sprawy chorobowej są bliznowate zrosty wewnątrzstawowe, bliznowate zwłóknienie tkanki okołostawowej, stwardnienie więzadeł, jak np. w chorobie Bechterewa i Marie-Strümpla; w dalszym przebiegu ta zmieniona tkanka wapnieje i kostnieje i wiedzie do zesztywnienia stawów czy też kręgosłupa, a tym samym do zupełnego kalectwa chorego.

Wszystkie nasze leki, jak pochodne salicylu, czy pyrazolonu, srebro, złoto, siarka, czy proteinoterapia i naświetlanie Roentgenem, są skierowane raczej przeciwko sprawie zapalnej i są zupełnie bezsilne wobec tego, co w tych schorzeniach jest najgroźniejsze, tzn. wobec procesów zesztywniających. Fibrolysina (wodny roztwór thiosinaminy) nie spełniła pokładanych w niej nadziei. Odpowiednio stosowane leczenie fizykalne, jak masaż, leczenie Zanderowskie, balneoterapia, dają jedynie niezłe wyniki, jednak w wielu przypadkach i one zawodzą. Z codziennej praktyki wiemy, jak wielu jest chorych, których mimo leczenia po różnych zakładach i kąpieliskach nie można było ustrzec przed kalectwem. Ciągle daje się odczuwać brak odpowiedniego środka, który by był w stanie zwalczać lub przynajmniej zahamować sprawy zesztywniające. W poszukiwaniu takiego środka postanowiłem wypróbować sole fluoru, myśl ta znajduje teoretyczne uzasadnienie w wyżej wspomnianych pracach (Fremy, Diettrich, Mc Collum).

Fluor podawałem doustnie jako fluorek sodu w 1% wodnym roztworze. Postępowałem bardzo ostrożnie, podając początkowo dawki minimalne — 5 kropel 2 razy dziennie, ażeby się przekonać o nieszkodliwości tego środka; następnie podawałem ten sam roztwór 3 razy dziennie po 10 kropli, ostatnio zaś 3 razy dziennie po 20 kropli. Przekonałem się, że w tych dawkach można podawać środek ten miesiącami.

Badania swe przeprowadzałem na chorych z Przychodni Przeciwreumatycznej II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. i Oddziału Wewnętrznego Szpitala Ubezp. Społ. we Lwowie.

Poniżej podaję 17 przypadków, na których przeprowadziłem swe badania, i podaję krótkie wyjątki, dotyczące omawianej sprawy, z historii chorób i obserwacji:

L. p. h. ch. 148/36. Chora P. S., lat 54. Od szeregu lat cierpi na przewlekły, pierwotny, zniekształcający gościec. Od 5 lat stawy zniekształcone tak, że chora musi przebywać w łóżku z powodu zupełnego unieruchomienia stawów kończyn dolnych (z wyjątkiem kolana prawego, którym mimo obrzęku nieco porusza), stopy końskie, palce nieruchome, kolano lewe zgięte pod kątem rozwartym (180—45°). Chorą poprzednio leczono w szpitalu i w domu bez żadnego wyniku. Od 8 lutego NaFl 1% 5—10 kropel 3 razy dziennie, 29 lutego występują objawy podobne do jodzicy, nieżyt spojówek i nosa, zawroty głowy; w 24 godziny po odstawieniu fluoru ustąpiły wszystkie objawy. Po 3 dniach wznowiono leczenie fluorem w tych samych dawkach, na długi przeciąg czasu bez żadnych objawów ubocznych. 14 lutego chora sama z radością zauważyła, że może nieco ruszać palcami stóp; w dalszym przebiegu zaczyna występować ruchomość stawów skokowych, kolanowych i biodrowych. Masażami staraliśmy się ruchomość tę zwiększać. Wobec zbliżającego się końca świadczeń postanowiliśmy wykonać na Oddziale Chirurgicznym redresję stawów. Zabieg ten wykonał Dr Sowiński dnia 17 marca, który zauważył stosunkowo wielką kruchość zrostów, co umożliwiło mu dokonanie zabiegu zupełnie łatwo, tylko rękami bez użycia aparatów; założono gips, który po miesiącu zdjęto, chora nadal zażywała fluor przez okres 3 miesięcy.

Chora zaczyna chodzić, jakkolwiek na razie z trudnością.

L. p. h. ch. 420/36. Chora S. M., lat 28. Ostra sprawa zapalna w stawie kolanowym lewym ze znacznym obrzękiem. NaFl 1% 3 razy dziennie 10 kropel. Od 11 maja do 15 czerwca wpływu na sprawę zapalną nie zauważono, obrzęk nie zmniejszał się, pod wpływem fluoru jednak ruchomość stawów wyraźnie lepsza.

L. p. h. ch. 1173/36. Chory M. M., lat 46. Stare zapalenie zniekształcające stawu kolanowego prawego, ruchomość stawu nieznacznie ograniczona; fluor od 4—18 sierpnia. Chory podaje, że ruchy w stawie ma znacznie swobodniejsze.

L. p. h. ch. 752/36. Chory W. S., lat 35. Przewlekły gościec stawowy. Znaczne utrudnienie ruchomości stawu nadgarstkowego prawego, w innych stawach ruchomość nieznacznie upośledzona. NaFl 1% 3 razy dziennie 10 kropel. Od 15 maja do 17 czerwca ruchomość stawu nadgarstkowego znacznie lepsza, innych stawów zupełnie dobra.

L. p. h. ch. 873/36. Chory K. S., lat 58. Przewlekły gościec stawowy, zniekształcający od 5 lat. Od kwietnia stale w łóżku z powodu unieruchomienia stawów kończyn dolnych. W chwili przyjęcia obrzęk i zniekształcenie wszystkich małych stawów, dobra ruchomość stawów barkowych i łokciowych, kolanowych upośledzona (obrzęk), skokowych i palców stóp zniesiona. NaFl 1% od 6 czerwca do 23 lipca 3 razy dziennie po 15 kropel. Już w 5 dniu leczenia zaczyna ruszać palcami stóp, następnie stawem skokowym. Pod koniec leczenia chory zaczyna chodzić

[1]) Wedle Heftera (1) z końcem ubiegłego stulecia Schulz próbował podawać NaFl w bardzo małych dawkach w gruźlicy, a Brissemoret w próchnieniu kości.

o własnych siłach, obrzęki zmniejszyły się. Należy nadmienić, że chory od roku ma ślady białka w moczu i w czasie leczenia stan nerek się nie pogorszył.

L. p. h. ch. 1014/36. Chora M. R., lat 64. Od półtora roku przewlekły wtórny gościec stawowy, ponadto *lymphadenosis subleukaemica*. Od lutego nie chodzi z powodu przykurczu w stawach kolanowych. W chwili rozpoczęcia leczenia stan krwi dość dobry. NaFl 1% 3 razy dziennie 10 kropel od 10 sierpnia do 3 września. Chora bardzo wrażliwa, z powodu objawów dyspeptycznych musiano trzykrotnie przerywać podawanie fluoru na 1 dzień, chora jednak sama domaga się podawania „tych kropel". W ciągu leczenia obrzęki mniejsze, chora prostuje kończyny w kolanach i łokciach coraz lepiej. Celem przyśpieszenia leczenia dołączono masaż. Pod koniec leczenia chora wstaje i zaczyna chodzić o własnych siłach. Po dwóch miesiącach chora z wdzięcznością donosi, że czuje się dobrze i porusza się prawie zupełnie swobodnie.

L. p. h. ch. 1473/35. Chory Z. T., lat 48. Ciężka postać wtórnego przewlekłego gośćca stawowego z długim okresem gorączkowym. Podawano fluor w dawkach bardzo małych. Od 10 lutego do 27 marca chory znosi lek dobrze. Ruchomość stawów nieco lepsza, obrzęki bez zmian.

L. p. h. ch. 1617/35. Chory H. J., lat 43. Przewlekły wtórny gościec stawowy, zesztywnienie kręgosłupa piersiowego szyjnego (Roentgen). NaFl 1% od 10 lutego do 3 marca, poprawa ruchomości kręgów szyjnych wyraźnie się zaznacza.

L. p. h. ch. 1436/36. K. J., lat 22. W 17 roku życia zapalenie stawów wyleczone. W styczniu b. r. ponowne ostre zapalenie stawów, które przechodzi w przewlekłe, ponadto zapalenie wsierdzia. W chwili przyjęcia obrzęki stawów kolanowych, łokciowych, barkowych, ruchomość stawów barkowych znacznie ograniczona. NaFl 1% 3 razy dziennie po 20 kropel. Od 24 września do 10 października ruchomość bierna w stawach barkowych dobra, jednak bolesność stawów utrzymuje się. Chory skarży się na zawroty głowy i uczucie osłabienia, wobec czego fluor odstawiono.

L. p. h. ch. 1459/36. Chory S. J., lat 41. Od 4 miesięcy obrzęk stawów łokciowych, nadgarstkowych, kolanowych. W stawie kolanowym lewym lekki przykurcz. NaFl 1% 3 razy dziennie po 20 kropel. Od 10 września chory jest w leczeniu. Obrzęki mniejsze, kolano proste, oprócz leczenia fluorem nagrzewanie. Chory skarży się na uczucie gniecenia w dołku podsercowym i odbijanie; po podaniu dwuwęglanu sodowego przed każdą dawką fluoru objawy żołądkowe ustąpiły. Stosowano na obrzękłe kolano okłady z 1% roztworu fluorku sodowego. Po 2 dniach obrzęk nieco mniejszy, na skórze w miejscu działania okładu kilka drobnych białawych krosteczek wielkości główki od szpilki, wskutek tego okłady przerwano.

L. p. h. ch. 1284/36. Chora B. K., lat 65. Od grudnia 1935 roku obrzęki stawów. Od stycznia 1936 roku ruchy w stawie kolanowym lewym są zniesione, kolano zgięte (kąt 180—45°), w stawach nadgarstkowych ruchy zniesione, w stawie barkowym prawym minimalne. NaFl 1% 3 razy dziennie po 20 kropel od 18 sierpnia do 1 września, zaznacza się wyraźna poprawa ruchomości; z powodu objawów dyspeptycznych, NaFl odstawiono. Wyraźne pogorszenie stanu stawów, mimo innego leczenia przykurcz w kolanie większy tak, że chora nie może chodzić. Od 18 września ponownie NaFl, powoli znowu ruchomość stawów większa, w stawie kolanowym zbliża się do 180°, w stawie barkowym podnosi do poziomu, w stawach nadgarstkowych ruchomość wyraźnie zaznacza się. W palcach zupełnie dobra. Dołączono leczenie masażem i nagrzewanie. Chora nadal w leczeniu.

L. p. h. ch. 1416/36. Chora E. J., lat 43. Od roku 1933 przewlekły gościec stawowy zniekształcający. W chwili przyjęcia obrzęki kolan zwłaszcza lewego, ruchomość upośledzona w stawach nadgarstkowych zniesiona. NaFl 1% 3 razy dziennie 20 kropel, ponadto ostatnio nagrzewania. Obrzęki mniejsze, ruchomość kolan dobra tak, że chora chodzi. W stawach nadgarstkowych ruchomość bardzo wyraźna. Chora nadal w leczeniu.

Spostrzeżenie w ambulatorium. Chory K. A., lat 43. Inwalida wojenny. Zesztywnienie kręgosłupa. Kręgosłup w całości, nawet w części szyjnej zupełnie nieruchomy. W stawach biodrowych zupełne zniesienie ruchomości. Obrzęk kolana prawego. Po ustąpieniu obrzęku kolana pod wpływem zwykłego leczenia, chory próbuje chodzić, zginając kończyny tylko w kolanach (jak w przypadku po raz pierwszy opisanym przez S t r ü m p l a). Uda ustawione tak blisko siebie, że kolana ocierają się wzajemnie, wszelkie usiłowania choćby minimalnego rozszerzenia ich okazały się niemożliwe. Rozpoczęto podawanie NaFl 1% 3 razy dziennie po 10 kropel przez $2^1/_2$ miesiąca. Powoli rozstęp między udami zaczyna się wyraźnie zwiększać, zaznacza się pewna ruchomość w stawach biodrowych, jak i wyraźnie zaznaczona ruchomość kręgosłupa w części szyjnej. Chory chodzi po ulicy nawet względnie daleko. Z powodu niezgłaszania się chorego przerwa w leczeniu 3 miesiące. Od początku października ponownie NaFl 1% 3 razy dziennie 20 kropel. Dalsza bardzo powolna poprawa podmiotowa i przedmiotowa.

Spostrzeżenie w ambulatorium. Chory A. M., od 5 lat zupełne zesztywnienie kręgosłupa. W ostatnich miesiącach lekka bolesność stawów biodrowych, ruchomość jeszcze dobra, chory podaje jednak, że uczuwa wyraźne utrudnienie ruchomości. Chory był leczony różnymi sposobami (pirquetyzacja, naświetlanie Roentgenem, 15 maja wycięcie gruczołów przytarczycznych, w lipcu b. r. leczenie w Ciechocinku). Zgłasza się do leczenia 19 sierpnia. Żadnej poprawy w swym stanie nie zauważył po dotychczasowym leczeniu. Chorego badałem uprzednio przed rokiem i również przedmiotowo po roku wyraźniejszej poprawy stwierdzić nie mogłem. Podano NaFl 1% 3 razy dziennie po 15 kropel. Po miesiącu mija uczucie utrudnienia ruchomości w stawach biodrowych, zaznacza się ruchomość w kręgach szyjnych. Chory mieszka na prowincji, więc porozumienie się z nim jest utrudnione. Wedle ostatnich wiadomości czuje się i porusza się lepiej, nawet jeździ na rowerze.

L. p. h. ch. 1428/35. Chora G. A., lat 36. Od 6 lat gościec przewlekły, pierwotny, zniekształcający. Leczona w szpitalu, następnie w przychodni. Podawano NaFl 1% 3 razy dziennie po 10 kropel. W czasie tego leczenia chora podaje, że ruchy w stawach są swobodniejsze, jednak obrzęki i zniekształcenie utrzymują się dalej.

Spostrzeżenie w ambulatorium. W domu chorej. K. K., lat 69. Chora od lat 30 na pierwotny, przewlekły gościec zniekształcający, zajęcie wszystkich stawów, zniekształcenie palców, utrudnienie ruchomości, duży obrzęk stawów kolanowych, podudzia w zgięciu prawie 90°. Podano NaFl 1% 3 razy dziennie po 10 kropel przez przeciąg $1^1/_2$ miesiąca. Wyraźna poprawa ruchomości wszystkich stawów zwłaszcza palcowych. W stawach kolanowych kąt zgięcia nieco więcej rozwarty, jednak kończyn dolnych wyprostować nie może. Dalsze podawanie NaFl musiano przerwać, gdyż wystąpiły bóle w okolicy żołądka, a że chora w młodości przebyła wrzód żołądka, obawiałem się nawrotu. Po przerwie 5-miesięcznej rozpoczęto znowu ostrożnie podawać NaFl. Chora dotychczas pozostaje w leczeniu. Przepisany lek znosi dobrze.

L. p. h. ch. 1268/36. Chora H. T., lat 50. Od 2 lat przewlekły, pierwotny gościec zniekształcający. NaFl 1% 3 razy dzienie po 10 kropel od 24 sierpnia do 3 października. Oprócz tego pobierała diatermię i zastrzyki chinofanylu. Po leczeniu obrzęki mniejsze, ruchomość stawów wyraźnie lepsza.

Jak wynika z powyższych obserwacyj, prawie we wszystkich przypadkach zaznacza się dodatnie działanie fluoru, przede wszystkim w hamowaniu zmian usztywniających. W znacznie mniejszym stopniu działa NaFl na samą sprawę zapalną i obrzęki.

Na podkreślenie zasługują obserwacje dotyczące 2 przypadków *spondylitis ankylopoëtica* A. M. i K. A., ponadto P. S., K. S., E. J. i B. K.

Zbierając wyniki lecznicze, przyznać musimy, że są one jeszcze bardzo niepełne, jednak jeżeli się zważy, że zostały one w przypadkach takich uzyskane, które były już poprzednio leczone długo i intensywnie bez żadnego wyniku, to i te niepełne wyniki lecznicze, jakie uzyskaliśmy zasługują na uwagę.

Metoda lecznicza wyżej opisana, którą należy uważać w tej postaci, jako pierwsze kroki poczynione w tym kierunku, zasługuje jednak na zainteresowanie szerszych kół badaczy. Sądzę, że będziemy mogli dojść do takiego preparatu fluoru, który byłby nietrujący i umożliwiał wprowadzanie do organizmu większych ilości tego pierwiastka. Leczenie fluorem należy rozkładać na czas dłuższy z wprowadzaniem przerw kilkutygodniowych.

Z objawów ubocznych, które widzieliśmy, na pierwszy plan wysuwają się objawy ze strony żołądka: bóle, gniecenie, odbijanie. Objawy te należy przypisać działaniu na błonę śluzową żołądka drobnych ilości fluorowodoru, który wytwarza się z NaFl przez działanie wolnego HCl w treści żołądka. W tych przypadkach więc należy przed każdym podaniem NaFl zalkalizować treść żołądka, np. przez podanie większej ilości dwuwęglanu sodowego przed każdą dawką fluorku sodowego (zobacz obs. S. J.). W jednym przypadku po 6 tygodniach NaFl 3 razy dziennie 20 kropel wystąpiły mierne biegunki, 2—3 wypróżnień dziennie. W dwa dni po odstawieniu fluoru przewód pokarmowy zupełnie się uregulował. Kilka razy w ciągu leczenia fluorem chorzy skarżyli się na zawroty głowy i pewne uczucie osłabienia, które to objawy częstokroć mijały samoistnie bez przerywania leczenia fluorowego, w przypadkach, w których objawy te się przewlekały, przerywałem podawanie fluorku na kilka dni, po czym objawy uboczne mijały tak, że można było wznowić leczenie.

Co do mechanizmu działania fluoru, to nie możemy powiedzieć nic pewnego. Możliwym jest, że wskutek dużego powinowactwa do krzemu (który ma mieć duże znaczenie w procesach włóknienia tkanki łącznej) poraża jego działanie. Fluor może działać na kość w ten sposób, że utrudnia powstawanie fosforanów wapniowych, które, jak wiadomo, stanowią główny budulec kości. Powstawać ono może w ten sposób, że w tkance kostnej działa specjalny ferment, defosfataza, który odszczepia fosfor z połączeń organicznych krwi i łączy go z wapniem. Otóż, jak wiadomo z prac, które omówiłem na wstępie, fluor hamuje wybitnie działanie defosfatazy, a ponieważ nagromadza się on w kościach, więc przy podawaniu dłuższym, nawet w małych dawkach, może gromadzić się w kości w takiej ilości, która jest zdolna wywrzeć pewien wpływ. Ponadto fluor sam łączy się chciwie z wapniem. Na koniec należy pamiętać także o działaniu przeciwbakteryjnym fluoru.

W ciągu naszych obserwacyj klinicznych zwracaliśmy także uwagę na wpływ dłuższego podawania soli fluoru na niektóre składniki krwi i na przemianę spoczynkową. We wszystkich przypadkach ilość ciałek czerwonych i białych, jako też obraz morfologiczny krwi nie ulegał żadnym zmianom. W 4 przypadkach badaliśmy poziom wapnia we krwi, który również nie ulegał zmianom. Czas krzepnięcia krwi i czas krwawienia pozostawał po 1—2 miesiącach podawania fluoru bez zmian, co przemawia przeciw teorii Stubera i Langa. Przemiana spoczynkowa w 3 przypadkach uległa po miesiącu nieznacznej zniżce (2—7%), w jednym przypadku pozostała bez zmiany.

Już po oddaniu niniejszej pracy do druku rozpocząłem w 3 przypadkach podawanie *ammonium fluoratum 2%* 3 razy dziennie 20 kropel i Na Fl dożylnie po 0,1 w roztworze glukozy. Wyniki lecznicze jeszcze lepsze i szybsze.

Piśmiennictwo:

1) Hefter: Handbuch der exper. Pharmakologie. Bd. III. Str. 280. 1927. — 2) Manquat: Therapeutique. 1918. — 3) Bogdanowicz: Naunyn, Schmiedeberg. Arch. 178. — 4) Rek: Naunyn-Schmiedeberg. Arch. 177. — 5) May: Klin. Woch. I. 790. 1935. — 6) Embden: Hoeppe-Seylers. 230. Przyt. Zbl. 81. — 7) Philips, Stare: J. of biol. chem. 106, 41. — 8) Philips: J. of biol. chem. 104, 351. — 9) Grzycki: Zbl. 74. — 10) Gorlitzer: Wien. Klin. Woch. II. 1449. 1933. — 11) Eds: Medicine. 12. — 12) Mc Collum: Zbl. 73. — 13) Diettrich: Naunyn-Schmiedeberg. 168. — 14) Dittrich: Arch. f. exp. Pharmakol. 168, 319. — 15) Mayerhofer: Biochem. Zeitschrift. — 16) Michaelis: Klin. Woch. I. 95. 1935. — 17) Hoff, May: Z. Klin. Med. 112, 158. — 18) Seldmayer: Zblt. 58. — 19) Dickens: Biochem. J. 23. 1936. — 20) Christiani: C. r. Soc. Biol. 103, 554 i 556. — 21) Boehm: Naunyn-Schmiedeberg Arch. 146, 327. — 22) Rotschild: Biochem. Zeitschr. 206. — 23) Stuber, Lang: Biochem. Zeitschr. 212. — 24) Taeger: M. Med. Woch. 1924. — 25) Mayerhofer: Biochem. Zeitschr. 204, 62. — 26) Lipmann: Biochem. Zeitschr. 196, 3. — 27) Magenta: C. r. Soc. Biol. 98, 169. — 28) Christiani: Presse Méd. 833. 1926. — 29) Embden: Biochem. Zeitschr. 156, 343. — 30) Dyrenfurth: Med. Klin. 21, 846. — 31) Mc Collum: J. of Biol. Chem. 63, 553. — 32) Goldenberg: J. Physiol. et Path. Gen. 28, 556. — 33) Goldenberg: Presse Méd. II. 1751. 1930. — 34) Orłowski: Presse Méd. I. 836. 1932. — 35) Callam: M. med. Woch. Str. 1535. 1935.

Dr Bernard ENGLÄNDER. Kraków.

Czy konieczne jest wykonywać cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

Omawiając sprawę cięcia cesarskiego u rodzących z miednicą nieznacznie ścieśnioną I i II stopnia w artykule pod tytułem „Cięcie cesarskie czy wysokie kleszcze", ogłoszonym w P. G. L. Nr 35 w roku 1935, doszedłem na podstawie własnego doświadczenia i dotyczącego piśmiennictwa rodzimego i obcego do następującego wniosku: Nie istnieje właściwie żadna potrzeba rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego u rodzących z miednicami ścieśnionymi I i II stopnia; położnik powinien u takich rodzących w razie wystąpienia wskazania do natychmiastowego ukończenia porodu skłonić się raczej do wykonania zabiegu położniczego dotąd uznanego i powszechnie stosowanego, a mniej niebezpiecznego, że w położeniu czaszkowym we wchodzie miednicy należy użyć bez wahania kleszczy wysokich. Będzie to korzystnym zarówno dla matki, jak i płodu, a przy tym będzie celowe, bo zabiegi te mniej narażają matkę i szybciej pozwalają jej wrócić do zwykłych zajęć domowych, a także do ciężkiej pracy fizycznej.

W sprawie dwóch innych wskazań do cięcia cesarskiego tj. łożyska przodującego i rzucawki nie mam własnego doświadczenia. Kilkanaście (12) przypadków łożyska przodującego u rodzących i 5 przypadków rzucawki porodowej, które miałem sposobność w ciągu mej długoletniej praktyki położniczej leczyć, nie uprawniają do wypowiadania w tak ważnej sprawie zdania, które by miało znaczenie i było wiążące dla wszystkich. Podnieść jednak muszę, że nigdy nie byłem w kłopocie w tych przypadkach, jakie leczenie obrać, nigdy też nie wykonałem z tego powodu cięcia cesarskiego, zawsze dałem sobie radę, stosując przy porodzie zwykłe operacyjne zabiegi położnicze, z korzyścią dla matek i po części też dla płodów. Wszystkie matki wyszły z tej opresji zwycięsko.

Chcąc więc rozstrzygnąć kwestię, jak należy postąpić w przypadkach łożyska przodującego i rzucawki wśród porodu, muszę się oprzeć w braku własnego doświadczenia na piśmiennictwie. Jest ono też bogate, gdyż od czasu kiedy wprowadzono do chirurgii postępowanie aseptyczne i ulepszano coraz więcej operacje w jamie brzusznej tak, że laparotomia przestała być tak bardzo niebezpieczna, coraz więcej wykonywano zabiegów, połączonych z otwarciem jamy brzusznej. Te sukcesy chirurgów spędzały sen z oczu położnikom i wtedy wystąpiono z tej strony za rozszerzeniem wskazań do cięcia cesarskiego. I tak przez kilkadziesiąt lat operowano moc, bo też wskazanie do cięcia cesarskiego zawsze się znalazło, podczas gdy dawniej jeszcze za moich studiów uniwersyteckich w latach 90-tych zeszłego wieku, cięcie cesarskie należało do bardzo rzadkich operacyj, a wykonywano je jedynie ze wskazania bezwzględnego tj. u osób, których miednica była tak znacznie ścieśniona (sprzężna, prosta wchodu poniżej 6 cm) albo drogi porodowe miękkie przez jakiś guz uwięzgnięty w miednicy małej do tego stopnia zabarykadowane, że przez tę przeszkodę główka płodu donoszonego nawet wymóżdżona urodzić się nie mogła. Mimo postępu w chirurgii nie zdołano dotąd zupełnie usunąć niebezpieczeństwa cięcia cesarskiego; daje ono bowiem jeszcze dziś, jak poucza piśmiennictwo światowe, średnio 6% śmiertelności matek. Statystykę cięcia cesarskiego z naszej kliniki za okres ostatnich lat 10 podał w roku 1932 Szymanowicz i oblicza śmiertelność matek na 4%.

Rozszerzano cięcie cesarskie w interesie płodu, bo teoretycznie przyjmowano, że stosując ten zabieg uratuje się pewniej życie niejednego płodu, który przy zwykłym zabiegu niechybnie by życie utracił. Jednakże okazało się, że rachuby były mylne. Praktyka w tych przypadkach nie idzie w parze z teorią; za to tym hojniej szafowano zdrowiem, a nawet życiem rodzących. Na skutek szeroko stosowanego cięcia cesarskiego powstało obfite piśmiennictwo światowe; położnicy różnych krajów wypowiadają swe krytyczne sądy o cięciu cesarskim ze wskazań względnych, na podstawie bardzo wielkiego materiału klinicznego. Przeglądnąłem dotyczące piśmiennictwo rodzime i obce z ostatnich 7 lat tj. od roku 1930 do końca listopada 1936 roku, a wybrałem dlatego ten okres czasu, bo spodziewałem się, że znajdę w nim po stosowaniu szerokich wskazań do cięcia cesarskiego przez tak długi czas, dostateczną odpowiedź na to tak ważne zagadnienie.

Pisząc w zbiorowym podręczniku Halbana i Seitza o postępowaniu w przypadku łożyska przodującego wśród porodu, wypowiada się O. Pankow w ten sposób: *Erst die Zukunft wird an einem grossen Material lehren müssen ob die Einführung der Sec. C. Abd. tatsächlich den grossen Fortschritt in der Behandlung des vorliegenden Mutterkuchens bedeutet als den wir ihn betrachten. Uns leiten jedenfalls bei der Wahl unserer Therapie folgende Erwägungen: Mutter und Kind zu retten. Unser Ziel muss es also sein die Pl. Pr. ebenso wie die Eklampsie und die höheren Grade des engen Bechens mehr und mehr der klinischen Behandlung zuzuführen. Mit allem Nachdruck müssen deshalb schon die geburtshilflichen Lehrer den Hebamen und Studenten die Ueberzeugung einzuimpfen suchen, dass einer jeden an Pl. Pr. erkrankten Frau durch die Aufnahme in einer Gebäranstalt die meisten Aussichten geboten werden, diese schwere Erkrankung zu überstehen. Das wäre der beste Teil der Terapie, durch den von vornherein die Prognose der Pl. Pr. erheblich gebessert würde.*

Hoegler Hans miał na 52.551 porodów na klinice jenajskiej w ostatnich $19^1/_2$ latach 446 przypadków łożyska przodującego; śmiertelność matek oblicza na 5.6%, śmiertelność płodów na 44.2% i dochodzi do wniosku, że cięcie cesarskie nie poprawiło statystyki tak co do matek, jak i płodów. Według Wolessena, który opiera się na materiale zebranym z piśmiennictwa 4.125 porodów z pl. pr. ze śmiertelnością matek 6.7%,

płodów 53.2%, wykonanie cięcia cesarskiego usprawiedliwione jest jedynie wtedy, gdy łożysko jest usadowione centralnie, ujście zewnętrzne jest wąskie, szyjka maciczna twarda u starszych pierwiastek i gdy nie ma zakażenia. Również i Frigyesi J. godzi się na cięcie cesarskie, gdy nie ma zakażenia i gdy chora się nie skrwawiła, a Wielsch żąda prócz tego, by płód był żywy i zdolny do życia pozapłodowego. Wielu autorów, jak Essen, Möller, Mazias de Torres, James, Marr, Nowak i inni są za bezwarunkowym wykonaniem cięcia cesarskiego, natomiast Claus O. z kliniki frankfurckiej nad Menem podaje z obfitego materiału 21.736 porodów klinicznie prowadzonych, 442 cięć cesarskich na skutek łożyska przodującego ze śmiertelnością matek 5.42% do 8.73%; Mazias de Torres na 100 operacyj cięcia cesarskiego z powodu pl. pr. miał 10% śmiertelności matek, Liotti nawet 33%.

107 przypadków pl. pr. zebrał Silberstein Louis Morton w klinice uniwersytetu zuryskiego. Leczono je tam zachowawczo (20 przypadków z wynikiem dla matek śmiertelność 0%, dla płodów $2^1/_2$%), i za pomocą cięcia cesarskiego *(corp. i cerv.)* ze śmiertelnością matek 3.4% lub 2.3%. Ponadto podaje, że wystąpiły po cięciu cesarskim powikłania połogowe w 19.6%.

Na zjeździe ginekologów niemieckich w Lipsku w roku 1928 wystąpił Gauss jako przeciwnik rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego. Powiada on (przyt. wg Mączewskiego): rozszerzając wskazania do cięcia cesarskiego możemy uratować poszczególne dziecko, mimo to liczbę ogólną dzieci potrzebnych narodowi obniżamy; stosując zatem tak szeroko cięcie cesarskie, jesteśmy na drodze fałszywej. Jako patrioci znajdujemy się w szczególnie ważnych warunkach, dlatego świętym obowiązkiem naszym jest starać się w zakresie naszego zawodu wszystkimi środkami, jakie mamy do dyspozycji, aby płodność małżeństw nie zmniejszyła się przez nasze działanie położnicze. Tylko to położnictwo wypełni swój cel, tylko tego położnictwa uczyć należy, które poza powodzeniem w poszczególnych przypadkach nie traci z oczu wyższych celów strategicznych. Mnożą się głosy przeciw rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego, gdyż rozszerzenie wskazań dąży do fatalnej mechanizacji położnictwa. Ponieważ w matce ucieleśnia się rodzina, naród i państwo winna ona być przede wszystkim otaczana pieczą i stać na pierwszym miejscu. Zatem hasło położnicze winno brzmieć: najpierw matka, potem dziecko.

I Winter wypowiada się podobnie i zastanawia się nad przyczynami rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego. Pisze on (przyt. wg Mączewskiego): Cięcie cesarskie nie może wyrugować operacji położniczych pochwowych, wskutek znacznej śmiertelności i chorobliwości matek. Brak cierpliwości lekarza odgrywa we wskazaniach nieraz bardzo wielką rolę. Przyczyny nadmiernego rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego dopatruje się autor w niedocenianiu wyników po cięciu cesarskim. Druga przyczyna, to przecenianie niebezpieczeństwa powikłań dla matek i płodów w przypadkach: cierpień nerwowych miednic poprzecznie zwężonych, położeń defleksyjnych, niepodatności ujścia zewnętrznego u starszych pierwiastek, wreszcie zwraca uwagę na szablonowość i podmiotowość we wskazaniach.

Z polskich autorów Mączewski jakkolwiek sam był jeszcze w roku 1931 zwolennikiem cięcia cesarskiego, jednak już wtedy krytycznie się doń odnosił mówiąc: doświadczenie lat ostatnich każe krytycznie ustosunkować się do rozszerzenia wskazań. Daje się zauważyć okres spadku fali. Ci, co decydować mają o wskazaniach winni oprócz doskonałej techniki posiadać wszechstronną wiedzę położniczą. Odpadnie wtedy zarzut szablonowości i mechanizacji położnictwa.

W tym chórze głosów krytycznych nie możemy pominąć zdania E. Sedlisa opartego na własnych spostrzeżeniach w Szpitalu Gminy Izraelickiej w Wilnie. W ciągu ostatnich 15 lat wykonano tamże na 8.550 porodów 100 cięć cesarskich, a omawiając wyniki tegoż cięcia powiada Sedlis: Wyniki cięcia cesarskiego w dobie obecnej nie są zadawalniające. Nasze stare metody położnicze bez wątpienia nie są idealne i pozostawiają wiele do życzenia. Dążenie do reformy, do postępu, do nowego kierunku jest zupełnie uzasadnione i pożądane. Czy tym kierunkiem postępowym jest właśnie kierunek chirurgiczny — jest dla mnie bardzo wątpliwe. Cięcie cesarskie może tu i ówdzie szczęśliwie i radykalnie rozstrzygnąć trudne warunki położnicze. Zadaniem akuszera jest jednak nie tylko szczęśliwie przeprowadzić matkę i dziecko przez niebezpieczeństwa danego porodu, ale również zapobiec możliwości upośledzenia zdrowia i zdolności rozrodczej kobiety w przyszłości. Cięcie cesarskie w dobie obecnej tego wysokiego zadania nie spełnia. Nie jest to więc kierunek postępowy, nie jest to idea, lecz *paliativum*, operacja doraźna dla danego przypadku. Jeśli mowa o przyszłości, moim zdaniem, należy ona nie do kierunku chirurgicznego, ale do biologicznego, zapobiegawczego.

A teraz posłuchajmy głosów o rzucawce:

Essen Möller pisząc w podręczniku Halbana i Seitza o rzucawce podaje, że Bum przychyla się obecnie do leczenia zachowawczego, a Seidentopf Hans referując o usiłowaniach Becka i Sobierańskiego w klinice warszawskiej, celem poprawienia wyników w rzucawce za pomocą cięcia cesarskiego wykazuje śmiertelność matek 10%, płodów zaś, po odliczeniu niezdolnych do życia, 12.2%; obecnie klinika warszawska propaguje w leczeniu rzucawki cięcie m. Dührssen i podaje śmiertelność matek 0%, płodów 14.2%.

I. Wolkow na podstawie 225 przypadków rzucawki z lat 1928—1933 podaje śmiertelność matek na 4.6% i żąda, by przed postawieniem wskazania do wykonania cięcia cesarskiego wszystkie inne środki lecznicze zostały wyczerpane włącznie z wenesekcją do 800 cm³. Liepman zaś wykonuje wenesekcję dopiero w połogu, gdy zajdzie potrzeba.

Wlassow W. osiągnawszy metodą operacyjną po cięciu cesarskim brzusznym 16.6%, po cięciu pochwowym 80% śmiertelności matek przechyla się wyraźnie na stronę leczenia zachowawczego, polecając metodę Archangielskiego.

Stroganow na przeszło 1.800 przypadków nie widział złych skutków po zastosowaniu leczenia zachowawczego wodnikiem chloralu i chloroformem. Na 7.284 przypadków zebranych z piśmiennictwa światowego podaje on 9.7% śmiertelności matek po leczeniu zachowawczym; na 1.339 przypadków własnych oblicza śmiertelność matek na 6%. W innej zaś grupie na 1.030 przypadków podaje śmiertelność matek tylko na 3.7%, śmiertelność zaś płodów po odliczeniu niezdolnych do życia pozapłodowego na 7%.

B. Archangielski leczył w ostatnich 3 latach swoją metodą zachowawczą z dodatkiem wenesekcji (1—$2^1/_2$ litra krwi) 107 chorych i nie miał ani jednego wypadku zejścia śmiertelnego u matek. Eugen v. Konrad stosuje od roku 1932 leczenie zachowawcze metodą Lazara (10% *magn. sulf.* w 20% glukozie, 20 cm³ *pro dosi)* z lepszym wynikiem aniżeli po cięciu cesarskim. Śmiertelność matek wśród porodu po tym leczeniu oblicza na 6%, podczas gdy po cięciu cesarskim wśród porodu wykazuje 22%.

Okintschitz L. L. na 124.708 porodów spostrzegał 1.453 rzucawek w okresie 25 lat i leczeniem zachowawczym (Stroganow) osiągnął 6.8% śmiertelności matek, leczeniem zaś zachowawczym *plus* cięcie cesarskie 16.6%.

Laube Alfred leczył 2 przypadki rzucawki dorylem z wynikiem dodatnim; po środku tym nastąpiła natychmiastowa diureza. ciśnienie spadło szybko do normy, białko i objawy psychotyczne szybko znikały.

Stroganow podaje, że w latach 1932 i 1933 w 12 instytutach leningradzkich, które wspólnie zajmowały się leczeniem rzucawki, nie wykonano na 400 przypadków rzucawki ani razu cięcia cesarskiego, leczono tamże zachowawczo lekami, jak pernoctonem, rutidonem i siarczanem magnezowym.

Za leczeniem zachowawczym są oprócz wyżej wymienionych autorów także Bud, Trepl, Gamsbauer, Mügl, Kontsek, Zamaki, Wachtel i inni. Tu wymienić należy jeszcze Petroffa-Maslakoffa, który powiada, że wyniki po leczeniu zachowawczym są tak dobre, że ilość cięć cesarskich znacznie spadła, szkodliwych następstw nie zauważono, a śmiertelność płodów była tylko 14.8%, jako też i Schultzego G. kładącego główny nacisk na zapobieganie, gdyż, jak powiada, mimo leczenia zachowawczego w klinice przeprowadzonego obliczył jeszcze 15% śmiertelności matek. Również nie można pominąć H. Długiego, który dając przegląd piśmiennictwa o rzucawce za lata 1934 i 1935 przytacza, że większość autorów wskazuje na znaczenie leczenia zapobiegawczego dla rzucawki oraz na znaczenie opieki nad ciężarną.

Mam świadomość tego, że nie przytoczyłem całego piśmiennictwa dotyczącego tych 2 ciężkich powikłań ciążowych; jest to niemożliwe już dlatego, że jest zbyt obfite, już też, że nie zawsze było mi dostępne. Ale już te głosy z ostatnich 7 lat, sądzę, upoważniają do zajęcia odpowiedniego stanowiska i wypowiedzenia się w tej sprawie. Czyż wobec tych licznych i zgodnych głosów można się jeszcze wahać, by na pytanie postawione w nagłówku odpowiedzieć. Sądzę, że sprawa już dojrzała do wydania ostatecznego prawa, jak należy odtąd postępować. Mimo wielkiego naszego zapału i chęci służenia ludzkości przez ciągłe ulepszanie naszych metod operacyjnych w jamie brzusznej nie zdołaliśmy ani na krok ruszyć sprawy naprzód, przeto,

sądzę, należy zawrócić z fałszywej drogi i przyjąć, że w tych ciężkich powikłaniach ciążowych trzymać się powinniśmy zasad, jakie głoszono i według których postępowano jeszcze przed paru dziesiątkami lat, kiedy wszelkie nasze postępowanie przy porodzie było dobrze przemyślane i umotywowane.

Jednakże okres ten masowo wykonywanych cięć cesarskich nie minie bez echa, przejdzie on do historii medycyny i będzie w niej złotymi głoskami zapisany, świadcząc o naszym heroicznym zmaganiu się z naturą, o naszej ogromnej miłości bliźniego i wielkim naszym patriotyzmie. Mimo, że nie ziścił pokładanych w nim nadziei, nie minie on bez śladu, pozostawi bowiem po sobie poważną i cenną zdobycz. Poznaliśmy teraz, w jakim kierunku mają iść nasze dążenia, chcąc skutecznie zmniejszyć niebezpieczeństwo tych groźnych dla zdrowia i nawet życia matki powikłań ciążowych. Dziś wiemy, że poprawa nastąpić może nie na drodze operacyjnej, ale przez profilaktykę, przez co przeważna większość autorów rozumie wczesne ujęcie tych chorych tj. jeszcze w ciąży i skierowanie ich zawczasu do środowiska, dającego im najpewniejszą rękojmię, że przez ten ciężki dla siebie okres przejdą z jak najmniejszym niebezpieczeństwem. Stać się to może jedynie w klinice lub na oddziele położniczym, nowocześnie urządzonym (wytrawny położnik z dobrą asystą, nowocześnie urządzona sala porodowa, wyszkolona służba pielęgniarska). Mam wrażenie, że to może było by jeszcze niewystarczające. Trzeba by dążyć do tego, by tego rodzaju ciężarne dostawały się do kliniki lub szpitala w stanie jak najbardziej czystym. Mam na myśli badanie wewnętrzne tych kobiet. Ponieważ one przeważnie bez pomocy lekarskiej połączonej z jakimś zabiegiem operacyjnym nie rodzą, przeto chronić trzeba ich narząd rodny od zanieczyszczenia; zdaje mi się tedy rzeczą nieodzowną, by tych kobiet przed odesłaniem ich do kliniki lub szpitala nie badać wewnętrznie. Nie jest to żądanie zbyt radykalne, ukrócające zakres działania lekarza. Przypominam sobie, że nam, adeptom medycyny dawnej, albo wcale tych przypadków na klinice nie pokazywano, bo były to przypadki rzadkie, albo jeśli je pokazywano, to nigdyśmy ich nie badali wewnętrznie. Uczono nas rozpoznawać te groźne powikłania ciążowe już z wywiadów, przez badanie zewnętrzne i spostrzeganie i muszę przyznać, że z tego sposobu nauczania nie ponieśliśmy żadnej szkody. W praktyce lekarskiej mimo to prawie bez wyjątku dawaliśmy sobie radę. Sądzę, że i obecne pokolenie lekarskie wynosi z kliniki tyle wiadomości, że bez badania wewnętrznego sprawę rozpozna i odpowiednio postąpi.

I lekarzom odbywającym praktykę w klinice lub oddziałach położniczych nie będzie z tego powodu krzywda, mają oni bowiem materiału innego dość do dyspozycji, by się w zabiegach położniczych pochwowych wyćwiczyć.

Stawiam więc sprawę w ten sposób: ciężarna zgłaszająca się do lekarza lub położnej z jednym z tych powikłań ciążowych ma być bez badania wewnętrznego odesłana na klinikę lub oddział położniczy, tamże dopiero badana wewnętrznie, jeśli to konieczne, zaraz, jeśli nie — dopiero wśród porodu i to przez lekarza, który ma ją w swej opiece przez cały czas pobytu jej w klinice aż do porodu, a potem też przeprowadzi u niej poród. Sądzę, że będzie to najskuteczniejszy sposób uniknięcia lub ograniczenia możliwych powikłań połogowych.

Piśmiennictwo:

A r c h a n g i e l s k i: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 29. 1936. — B u d G e o r g: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 23. 1933. — C l a u s s: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 31. 1936. — D ł u g i H: Gin. Pol. T. 15. 1936. — D ö r f l e r: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 30. 1936. — E a s t m a n: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 30. 1935. — E s s e n M ö l l e r: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 23. 1933. i Halban i Seitz. B. 7. T. 1. — F r i e g y e s i: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 25. 1933. — G a u s s: Gin. Pol. T. 10. 1931 (wg Mączewskiego). — G a e m s b a u e r: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 23. 1933. — H ö g l e r: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 18. 1930. — E u g e n v. K o n r a d: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 28. 1934. — K o n t s e k: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 22. 1932. — K r ö e n i g i W a l t h a r d t: Halban i Seitz: B. 8. T. 1. — K ü h n e l: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 25. 1933. — L a u b e: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 17. 1932. — L i o t t i: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 28. 1935. — L i e p m a n: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 18. 1930. — M a z i a s d e T o r r e s: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 30. i 31. 1936. — M a r r J a m e s: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 29. 1935. — M ü g e l: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 22. 1932. — N o w a k: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 19. 1930. — O k i n t s c h i t z: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 22. 1932. — O l s e n: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 30. 1935. — P a n k o w: Halban i Seitz: B. 8. T. 1. — M ą c z e w s k i: Gin. Pol. 1931. T. 10 i 11. 1932. — S e i d e n t o p f: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 30. 1935. — S t r o g a n o w: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 29 i 30. 1935. — S z y m a n o w i c z: Gin. Polska. T. 10 1931 i Gin. Polska 1932. — S e d l i s: Gin. Polska. T. 13. 1934. — S i l b e r s t e i n Louis-Morton: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 32. 1936. — S c h u l t z e G ü n t h e r K. F.: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 32. 1936. — P e t r o f f-M a s l a k o f f; M. u. A l o w s k y: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 32. 1936. — T r e p l: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 23. 1933. — W i c z y ń s k i: Pol. Gaz. Lek. Nr 4 i 5. 1935. — W i e l s c h: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 19. 1931. — W l a s s o w: Ber. über die ges. eb. u. Gyn. B. 29. 1935. — W o l k o w: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 29. i 30. 1935. — W o l e s s e n: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 19. 1931. — W a c h t e l: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 17. 1930. — Z a m a k i: Ber. über die ges. Geb. u. Gyn. B. 18. 1930. — W i n t e r: Gin. Polska. T. 10. 1931, (wg Mączewskiego).

Dr Marian KOWALSKI. Kraków.

Społeczno-patologiczne znaczenie gośćca i jego zwalczanie.

Dokończenie.

Część III.

Cutivaccin-Paul.

W roku 1927 Dr Gustaw P a u l wprowadził do lecznictwa szczepionkę dla leczenia najrozmaitszych postaci gośćca. Sprawozdania, jakie się pojawiły z biegiem czasu o wynikach leczniczych, osiągniętych za pomocą szczepionki P a u l a, stanowią pokaźne piśmiennictwo.

Zarówno P a u l, jak wielu innych autorów, pozostawił jednak bez wyjaśnienia pytanie, w jaki właściwie sposób te wyniki lecznicze zostały osiągnięte i *jak je objaśnić można.*

Zanim przystąpimy do omówienia tej zupełnie nowej metody leczniczej, musimy uświadomić sobie podstawy teoretyczne, na jakich ona się właściwie opiera. Z licznego piśmiennictwa o *Cutivaccinie* P a u l'a wymieniamy jedynie sprawozdania o wybitnie dodatnich wynikach leczniczych, a więc materiał faktyczny, pomijając bliższe objaśnienia, w jaki właściwie sposób te wyniki zostały osiągnięte. W poszukiwaniu objaśnienia tych wyników musimy przede wszystkim uwzględnić rolę, jaką w tym kierunku odgrywa skóra. Uważałem przeto za rzecz ważną omówienie szczegółowe w poprzednim rozdziale roli skóry w patologii i leczeniu.

Zadać więc sobie należy pytanie, dlaczego ta metoda nie znalazła jeszcze dotąd zastosowania u ogółu lekarzy, mimo, że tylu autorów donosi o dodatnich wynikach leczniczych i pomimo ogromnego rozpowszechnienia gośćca. Sądzę, że na to pytanie bardzo łatwo jest odpowiedzieć. Błędem było, zdaniem moim, że zarówno sam P a u l przy wprowadzeniu swojej szczepionki do lecznictwa, jak pozostali autorzy, donoszący jedynie o osiągniętych wynikach leczniczych, nie położyli nacisku na to, jaką rolę odgrywa w tej sprawie skóra. Zbyt mało pisano dotąd o tym, że cała „tajemnica" tych wyników spoczywa w należytym sposobie stosowania tej szczepionki.

W ten sposób rozpowszechniło się zupełnie błędne mniemanie, że *Cutivaccina* P a u l a działa jako taka i działanie to wcale nie zależy od sposobu wprowadzenia jej do ustroju.

W prawidłowym stosowaniu tej metody leży zatem „tajemnica" powodzenia w leczeniu.

Technika szczepienia.

Nieco dłużej zatrzymam się nad najważniejszą sprawą, dotyczącą metody leczniczej P a u l a, mianowicie nad szczegółowym opisem właściwej techniki szczepienia. Rozpocząłem szczepienia metodą P a u l a przed pięciu laty i odtąd stosowałem *Cutivaccin* P a u l a we wszystkich odpowiednich przypadkach w mojej praktyce prywatnej. Zrazu trzymałem się ściśle przepisów P a u l a, co do techniki, stosowanej przez niego samego. Według tych przepisów należy najlepiej za pomocą oryginalnego szczepiennego lancetu P a u l a, tzw. *„Cutistyle Paul"*, wykonywać na powierzchni szczepiennej, o rozmiarach 4×5 do 6×8 cm, 12 pionowych prostolinijnych zadraśnięć skóry w ten sposób, że lekko nacina się tylko najbardziej zewnętrzną warstwę naskórka, ażeby nie ukazała się kropla krwi. W razie bowiem ukazania się krwi, szczepionka zostaje spłukana i w ten sposób działanie jej nie dochodzi w ogóle do skutku. Następnie

wypuszcza się kroplami całą zawartość rurki na zadraśniętą powierzchnię szczepienną i tak długo lekko się wciera, dopóki skóra nie wchłonie całej ilości szczepionki. Przy takiej technice szczepiennej występuje już po niespełna 20 minutach typowy odczyn skórny — tworzenie się bąbli (na rysunku widać typowy odczyn skórny (tworzenie się bąbli) wg Paula, przy którym zwykle należy oczekiwać dobrego rokowania w danym przypadku).



Po 24 godzinach występują silne odczyny ogniskowe bez jakichkolwiek odczynów ogólnych. Leczenie polega na 8—10 szczepieniach w odstępach 8—10 dni. Za pomocą tej techniki szczepiennej Paula osiągamy zawsze w ostrych i lżejszych przewlekłych przypadkach dobre wyniki. W wielu jednakże przypadkach, w których, według techniki szczepiennej Paula, mimo powtarzania szczepień 8—10 razy, nie występują wcale ani skórne, ani ogniskowe odczyny, możemy za pomocą tej samej *Cutivacciny* Paula otrzymać o wiele silniejsze odczyny skórne i ogniskowe.

Pozwalam sobie opisać poniżej moją własną metodę szczepień, do jakiej doszedłem z biegiem czasu na podstawie własnego doświadczenia we wszystkich takich przypadkach, w których łagodna technika Paula nie dawała niezbędnego odczynu skórnego i ogniskowego. Dodaję z góry uwagę, że stosowana przeze mnie metoda musi być uważana za gwałtowną i że przy jej stosowaniu nie należy się lękać występujących często ciężkich objawów ogniskowych i ubocznych. Mogę jednak zapewnić, że wszystkie te odczyny znikały już po kilku dniach. Odczyny te działają, jak wstrząs a chorzy, po wieloletnich dotąd cierpieniach, często całkiem nagle tak dobrze się czuli, że już po 1—2 szczepieniach uważali się za zdrowych.

Wyraźnie zaznaczam, że pomimo często bardzo silnych odczynów skórnych i ogólnych nigdy nie spostrzegałem żadnej z tego powodu dla chorych szkody i że wszystkie te odczyny prawie zawsze znikały po kilku dniach oraz były zbawienne dla chorego w sensie zupełnego przestrojenia stanu chorobowego. Podaję poniżej moje doświadczenia, jakie poczyniłem z biegiem czasu z tą własną techniką szczepienia.

Zamiast lancetu Paula używałem zwykłego nożyka do golenia (żyletki), który oczywiście, przed tym wraz z całym aparatem do golenia, w ciągu 15 minut był wyjałowiony przez gotowanie w wodzie.

Po dokładnym oczyszczeniu skóry eterem lub alkoholem goliłem powierzchnię o rozmiarach 6×6 cm i zeskrobywałem ostrożnie ostrzem żyletki zrogowaciały naskórek, łącznie z bujającą warstwą skóry. Zazwyczaj wystarczało 10—15 ruchów żyletki dla osiągnięcia tego celu, po czym skóra miała wygląd wilgotnego, błyszczącego pola. Następnie nakraplałem całą zawartość rurki i rozpościerałem szczepionkę płaskim jałowym lancetem lekko po zeskrobanej skórze. Potem następuje silne palenie, po 2—3 minutach szczepionka zostaje rozcieńczona wysstępującym ze skóry płynem tkankowym tak, że należy zwracać uwagę, aby w ten sposób rozcieńczona szczepionka nie spłynęła z ramienia. Przeniknięcie rozcieńczonej szczepionki w zeskrobaną skórę wymaga jednak dużo czasu. Dopiero po 10 minutach rozpoczyna się wchłanianie szczepionki przez skórę. Trwanie procesu wchłaniania wynosi 10 minut do 1/2 godziny. Powierzchnia obrzmiewa wtedy i wznosi się wyraźnie nad poziom skóry otaczającej. Po skończonym wchłanianiu pole szczepienne ma zazwyczaj wygląd matowy, zaczerwieniony, palenie zaś ustępuje powoli miejsca świądowi. Z chwilą, gdy szczepionka na skórze całkowicie wyschła, chory może się już ubrać i opatrunek jest zbyteczny. Po 12—16 godzinach następuje zwykle odczyn ogólny w postaci podniesienia ciepłoty ciała powyżej 37° w przeciągu 2—4 dni i jednocześnie odczyny ogniskowe w postaci wzmożonych bólów w chorych stawach, mięśniach lub nerwach. Bóle te trwają tak długo, dopóki ciepłota ciała jest podniesiona. Stan chorych „pogarsza się", chorzy pozostają 1—2 dni w łóżku, tętno ulega przyśpieszeniu o 15 uderzeń na minutę. W miejscu szczepienia tworzy się dość twardy, grubości 2—3 mm strup, który jednak po 15 dniach odpada i odkrywa pokryte naskórkiem, lecz silnie zaczerwienione, nieobrzmiałe i już bezbolesne pole szczepienia. Blizny nigdy się nie tworzą.

Poprawa stanu zdrowia po takim sposobie stosowania Cutivacciny była widoczna niekiedy już po pierwszym szczepieniu. Po drugim szczepieniu chorzy czuli się już o wiele lepiej, a po trzecim większość chorych uważała się już za zupełnie wyleczonych tak, że trudno było przekonywać chorych o konieczności dalszych szczepień. Zwykle stosowałem 8—12 szczepień, nigdy więcej. Za pomocą takiej techniki leczyłem w ostatnich dwu latach 87 chorych w tym

a) *42 przypadki polyarthritis primaria chronica, trwające już przeszło trzy lata.*

Wiek chorych 36—64 lat; 17 mężczyzn, 25 kobiet; 25 schorzeń stawów górnych i dolnych kończyn ze zgrubieniem torebek stawowych i upośledzeniem ruchów, stawy międzykręgowe szyi i mięśnie okolicy barkowej nieznacznie dotknięte. Sprawa chorobowa zaczęła się podostro lub ostro z kilkutygodniową gorączką poniżej 39° ze względnie nieznacznym zaatakowaniem osierdzia. Za przyczynę choroby 25 chorych podaje działanie zimna na wiosnę lub w jesieni, rzadziej zimą lub latem. Pozostali chorzy nie mogą podać żadnej przyczyny. Podczas ostrego przebiegu choroby chorzy byli leczeni farmakologicznie przetworami salicylu lub maściami. Stosowano u nich również leczenie fizykalne. Po upływie ostrego okresu choroby udawali się oni corocznie do miejscowości kąpielowych, odbywając tam, często bardzo drogie, leczenie. Wszystkie te środki nie sprowadzały jednak oczekiwanej poprawy. Zastosowałem u nich Cutivaccinę, za pomocą podanej powyżej techniki. Po pierwszym szczepieniu Cutivacciny *mitior* ciepłota ciała podniosła się u wszystkich 42 chorych nieznacznie, zaledwie o 0,5—0,7°, co trwało 12—18 godzin, występowało lekkie uczucie osłabienia i przyśpieszenie tętna o blisko 10 uderzeń na minutę. Odczyny ogniskowe były na ogół nie spostrzegane lub były bardzo nieznaczne, w postaci zwiększenia obrzęku i bolesności chorych stawów. Na drugi lub częściej na trzeci dzień część chorych, około 14, doznawała pewnej ulgi. Co się tyczy odczynu skórnego w miejscu szczepienia, pierwszego dnia poza zaczerwienieniem nic szczególnego nie spostrzegano. Następnego dnia zaczął się tworzyć cienki strup grubości około 1/3 mm. Początek rozluźnienia się strupa spostrzegałem 7-go, niekiedy nawet 10-go dnia po szczepieniu, około zaś 15-go dnia strup odpadał zupełnie. Drugie szczepienie Cutivaccin *fortior* dokonywane było w czternastym lub dwudziestym dniu po pierwszym szczepieniu. Występował wtedy odczyn miejscowy i ogólny, stale bardzo intensywnie. Ciepłota ciała wznosiła się do 39° już podczas pierwszych 12—16 godzin wraz z odpowiednio przyśpieszonym tętnem, ogólnym podrażnieniem, bezsennością, uczuciem wyczerpania i osłabienia. Miejscowo występowały bardzo silne bóle z nieznacznym obrzękiem chorych stawów, utrudnieniem ruchów tak, że chorzy zazwyczaj pozostawali w łóżku w ciągu 24—48 godzin, tj. tak długo, dopóki ciepłota nie wracała do normy. Trzeciego dnia utrzymywał się stan podgorączkowy i lekkie osłabienie. Chorzy doznawali już znacznej ulgi w chorych stawach, poprawy łaknienia, spali dobrze, siły ich znacznie wzrastały tak, że mogli chodzić i pracować. Poprawa postępowała z każdym dniem. W miejscu szczepienia

tworzył się już w ciągu drugiego dnia znacznie większy strup, niż po pierwszym szczepieniu, utrzymujący się w ciągu blisko 10 dni, po czym w ciągu tygodnia złuszczał się i odpadał. Pole szczepienia było po odpadnięciu strupa silnie zaczerwienione i pokryte świeżym delikatnym naskórkiem. Trzecie szczepienie wykonywałem na czternasty dzień po drugim. Odczyny ogólne i ogniskowe pod względem natężenia i czasu trwania podobne były do odczynów po szczepieniu drugim. Poprawa była już widoczna w dniu czwartym i wzmagała się każdego następnego dnia tak dalece, że spośród 42 chorych około 18 nie doznawało już żadnych dolegliwości w stawach i uważało się za wyleczonych. Z wielkim trudem udawało mi się zachęcać tych chorych do dalszych szczepień. Pozostali, tj. 24 chorych, doznawali znacznej poprawy, jednak pewne, wprawdzie bardzo nieznaczne, dolegliwości trwały w dalszym ciągu. Po czwartym szczepieniu objawy ogólne były o wiele słabsze i trwały krócej, niż po trzecim, zaledwie 24 godziny. Ciepłota ciała nie przewyższała 38°. Objawy ogniskowe, uwydatnione dość silnie, ustawały już w ciągu 2 dnia, chorzy czuli się bardzo dobrze, bolesność i obrzęk stawów znikły już u 33 chorych po pierwszej serii szczepień. Objawy miejscowe na skórze były te same, co po trzecim szczepieniu. Po piątym szczepieniu ci chorzy, którzy po poprzednich szczepieniach doznawali ulgi, mieli już odczyny bardzo słabe, natomiast ci, którzy się jeszcze niezupełnie dobrze czuli mieli odczyn ogniskowy i miejscowy taki sam, jak po czwartym szczepieniu. Stan zupełnego zdrowia był jeszcze u czterech chorych, co stanowi ogółem 37 chorych. Szóste szczepienie i następne: odczyn miejscowy i ogólny u chorych czujących się dobrze były minimalne. Pozostałe objawy były takie same, jak po poprzednich szczepieniach, 41 chorych czuło się dobrze, tylko u jednego pozostały jeszcze nieznaczne dolegliwości stawowe.

b) *27 przypadków polyarthritis chronica infectiosa secundaria po przebyciu anginy, grypy, przeziębienia.*

Wiek chorych 23—45 lat; 11 mężczyzn, 16 kobiet. Zaatakowane stawy górnych kończyn, a mianowicie palców oraz nadgarstków, łokci i barków; w kończynach dolnych stawy biodrowe, kolanowe i skokowe. Schorzenia stawów przebiegały przewlekle bez podniesienia ciepłoty; zesztywnienie i zgrubienie torebki stawowej było zmienne, zależnie od pory roku, przeciążenia fizycznego, zaziębienia. U siedmiu chorych były wyłuszczone zropiałe migdałki, ponieważ, oprócz sprawy chorobowej w stawach, były jeszcze zmiany w sercu i nerkach. Potem nastąpiło leczenie Cutivacciną. Szczepienia były wykonywane w nierównych odstępach czasu, zależnie od stopnia odczynu. Najczęściej następowało drugie szczepienie w dwa tygodnie po pierwszym, w kilku przypadkach dopiero po miesiącu, a nawet po trzech miesiącach, ponieważ częstsze szczepienia albo były bezskuteczne, albo wywoływały nawet pogorszenia. Ogółem wykonałem w tych 27 przypadkach 12 szczepień. Zarówno odczyny miejscowe skórne, jak i ogólne były takie same, jak w 42 powyżej opisanych przypadkach *polyarthritis primaria acuta*. Różnica polegała jedynie na wysokości ciepłoty, która się albo wcale nie podnosiła, albo tylko bardzo nieznacznie. W 16 przypadkach osiągnięto zadawalający wynik; bolesność, zgrubienie i zesztywnienie stawów zmniejszyły się bardzo znacznie. Dla całkowitego przywrócenia normalnych ruchów w stawach było oprócz tego stosowane leczenie mechaniczne, w postaci masażu i gimnastyki leczniczej. Niektórzy zamożniejsi chorzy tej grupy udali się, jak mnie powiadomiono, jeszcze do miejscowości leczniczych w celu utrwalenia osiągniętego wyniku leczeniem balneologicznym.

c) *18 przypadków różnych postaci zapalenia nerwów.*

Pomiędzy nimi było 11 przypadków *neuritis ischiadica chronica*, o 2—5-letnim trwaniu, bez podniesionej ciepłoty, z silnymi bólami w dotkniętych kończynach, z unieruchomieniem ich, z zanikowymi zaburzeniami mięśni prawej bądź lewej połowy bioder, 4 przypadki *neuritis ischiadica chronica* ze *spondyloarthritis*, ze znacznym unieruchomieniem szyjnej i lędźwiowej części kręgosłupa. Sprawa chorobowa trwała w tych przypadkach 4—7 lat. 2 przypadki *neuralgia intercostalis*, trwającej 18 lat z gorączką do 37°. U jednej chorej znajdowało się ognisko ropne około brodawki, umiejscowionej w głębi pępka. Po chirurgicznym usunięciu tego ogniska sprawa chorobowa ucichła na pewien czas, a po 4 miesiącach wystąpiła na nowo. U drugiej chorej poza przewlekłym zapaleniem pęcherzyka żółciowego nie było żadnych ognisk ropnych. Ciepłota utrzymywała się na wysokości 37,8° w ciągu wielu lat i opadała zwykle latem. Jeden przypadek *neuralgia nervi trigemini et nervi occipitalis* o $2^1/_2$ rocznym trwaniu, bez gorączki, u 52-letniej chorej. U chorej tej wykonywano w tym okresie czasu szereg badań dla wynalezienia ogniska ropnego w zębach lub bocznych jamach nosa, migdałkach lub uszach, jednak bezskutecznie. Potem usunięto jej wszystkie zęby, co nie sprowadziło żadnej poprawy. Również bezskutecznie przeprowadzono u tej chorej leczenie fizykalne i farmakologiczne. Przyjąłem do leczenia zrozpaczoną chorą na wiosnę i dokonałem 8 szczepień. Wreszcie przypadek *neuralgia nervi occipitalis ambilateralis* dotyczył 45-letniej chorej w okresie przekwitania. Choroba ta trwała 4 lata ze zmianami w narządzie słuchu po zapaleniu prawego ucha środkowego, z bardzo silnymi bólami głowy i szumem w uszach.

Co do 11 przypadków neuritis ischiadica chronica oraz 4 przypadków ze spondyloarthritis wspomnę, że wykonałem u tych chorych po 10 szczepień. Odczyny na pierwsze 4 szczepienia były bardzo silne. Ciepłota podnosiła się już na drugi dzień do 38,5° z lekkimi dreszczykami i bardzo silnym obrzękiem w miejscu szczepienia. Odczyn trwał 3 dni, po czym w ciągu następnych 2 dni zmniejszał się i stopniowo, po upływie około tygodnia, ustawał zupełnie. Strup w miejscu szczepienia był niezwykle gruby, niekiedy wilgotny, surowiczo-sączący się; strup ten odpadał po dwóch lub trzech tygodniach. Następnych szczepień dokonywałem dopiero po zupełnym odpadnięciu strupa, często nawet jeszcze później, dopiero po 5 tygodniach. Chorzy doznawali bardzo znacznej poprawy już po pierwszym szczepieniu. Dolegliwości kulszowe ustawały zupełnie po szóstym szczepieniu. Mimo to wykonywałem jeszcze 4 szczepienia dla utrwalenia stanu zdrowia. Po zakończeniu leczenia Cutivacciną stosowałem jeszcze u wymienionych powyżej chorych leczenie mechaniczne dla przywrócenia całkowitej sprawności stawów. Wynik był dodatni we wszystkich przypadkach.

W dwu przypadkach neuralgia intercostalis wykonałem po 14 szczepień ze względu na długie trwanie i uporczywość choroby. Pierwsze szczepienia dały tylko słaby odczyn i prawie żadnej nie wywołały poprawy. Dopiero szóste szczepienie było o tyle dodatnie, że nastąpiło wydatne wzmożenie zarówno odczynu miejscowego, jak i ogólnego. Ciepłota podniosła się do 38,7°, tętno było bardzo przyśpieszone, a odczyn trwał nawet do 10 dni. Pierwsze 6 szczepień wykonywałem co 4 tygodnie, następne zaś co 7 tygodni. W tych 2 przypadkach ciepłota, która przed leczeniem stale wynosiła 37,5°, opadła tak dalece, że nie przewyższała odtąd 37°. Bóle w klatce piersiowej u chorej, która wykazywała zmiany w pęcherzyku żółciowym, ustały zupełnie i nawet choroba pęcherzyka tak dalece się poprawiła, że chora doznawała tylko nieznacznych dolegliwości pod prawym łukiem żebrowym i to jedynie po znaczniejszych uchybieniach w diecie (zwłaszcza po zimnych napojach w lecie podczas upałów). Waga ciała podniosła się o 5 kg w ciągu pół roku. Początek wzrostu wagi i poprawy zdrowia nastąpił po dziewiątym szczepieniu.

O wynikach osiągniętych według techniki P a u l a za pomocą *„Cutistyle Paul"* istnieje już tyle sprawozdań (A y g u e b e r e, C m u n t, K a b i s c h, S k u t e t z k y, F e r r i e r e, H i l d e b r a n d, K r a s u s k i, C i a n c i a r a, P e k e r, G o l d b a u m, L i e b e s h a r d, U e b e r a l l, P a u l s e n, F u e g e r, R o c c o, S t e p h a n i, R e t h i, W e i l e r, O e s e r, A p o s t o l i w. inn.), że mogę sobie oszczędzić trudu szczegółowego ich omówienia. Dołączone są również do każdego opakowania dokładne ilustracje sposobu użycia, każdy przeto lekarz praktyk znajdzie tam szczegółowe informacje, dotyczące techniki szczepiennej P a u l a. Zalecam tę metodą każdemu lekarzowi praktykowi, który nie ma jeszcze dość doświadczenia z tą metodą leczniczą i radzę mu nasamprzód stosować łagodną technikę szczepienną P a u l'a, za pomocą której zawsze osiągnąć można dobre wyniki, zwłaszcza w ostrych, a także i w lekkich, przewlekłych przypadkach.

Jedynie w takich przypadkach, w których pomimo ścisłego przestrzegania metody szczepień P a u l a odczyny nie występują, sądzę, że polecić mogę tę moją nową technikę szczepienną. Wymaga ona jednak wiele cierpliwości, wiele czasu, ale i pewnego doświadczenia w obserwacji odczynów, nie mogę więc z tego powodu radzić rozpoczynać szczepienia P a u l a według mojej nieco gwałtowniejszej metody, lecz raczej dopiero po nabraniu doświadczenia z łagodniejszą techniką szczepienną P a u l a, przejść do metody mojej.

Z powyższego wynika, że uniknąć możemy „niepowodzeń" przy stosowaniu Cutivacciny P a u l a, jeśli uświadomimy sobie sposób działania tej metody leczniczej, a mianowicie rolę, jaką tu spełnia skóra (odczyn skórny) i dbać będziemy, żeby za pomocą odpowiedniej techniki szczepienia wystąpiły niezbędne odczyny skórne i ogniskowe, które w większości przypadków osiągnąć można za pomocą łagodnej techniki szczepiennej P a u l a lub w szczególnie ciężkich, opornych przypadkach prawie zawsze za pomocą mojej, powyżej opisanej, nieco gwałtowniejszej metody.

Wnioski.

1. Gościec należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób nagminnych. O szkodach gospodarczych, wyrządzanych przez gościec, istnieje cały szereg danych statystycznych. Wynoszą one w samej Anglii ponad pięć milionów funtów szterlingów rocznie. Szkody te ponoszą głównie instytucje społeczne, kasy chorych itd.

2. Stosowane dotąd metody lecznicze nie doprowadziły do zahamowania choćby w drobnej części nadmiernego rozpowszechnienia gośćca.

3. Leczenie farmaceutyczne (objawowe), wodolecznicze, fizykalne itd. jest już od lat dziesiątków w ogólnym użyciu u lekarzy. W poszczególnych tylko przypadkach możemy za pomocą tego leczenia osiągnąć dobre wyniki, które są jednak tylko przejściowe. Leczenie takie działa kojąco na ból, lecz tylko w bardzo rzadkich przypadkach prowadzi do zupełnego uzdrowienia. Jest ono prócz tego długotrwałe i kosztowne (leki i kąpiele bywają stosowane często przez całe lata bez wyleczenia samego gośćca).

4. Tzw. leczenie bodźcowe jest jednym z najważniejszych rozdziałów leczenia gośćca. Nie znalazło ono jednak dotychczas w lecznictwie dostatecznej oceny. Przyczyna tego leży w tym, że dotąd brak było odpowiedniego środka dla tego rodzaju leczenia i nie był jeszcze dostatecznie wyjaśniony sposób stosowania i działania leczenia bodźcowego lub też istniały błędne pod tym względem poglądy.

5. W *Cutivaccinie Paula* posiadamy doskonały środek dla osiągnięcia na drodze skórnej odpowiedniego pod względem jakościowym i ilościowym, stale równomiernego odczynu skórnego i ogniskowego. Osiągnięcie odpowiedniego odczynu skórnego i ogniskowego jest wszakże warunkiem otrzymania wyniku leczniczego, jakiego za pomocą leczenia bodźcowego oczekiwać możemy.

6. Należy przy tym pamiętać o roli, jaką tu odgrywa skóra.

7. Jeżeli w przyszłości nie będziemy poprzestawali *jedynie* na dawnym leczeniu za pomocą leków (salicyl, siarka itd.) oraz na hydro- i elektroterapii, lecz zwrócimy należytą uwagę na *cenne leczenie bodźcowe,* będziemy w możności nie tylko łagodzić bóle, lecz na trwałe wyleczać chorych, a co najmniej stan ich na tyle poprawiać, nawet w najcięższych przypadkach, żeby mogli powrócić do swoich normalnych zajęć, a nie stawali się z roku na rok ciężarem kas chorych.

8. Kasy chorych i pozostałe instytucje społeczne mogą przy systematycznym prowadzeniu i stosowaniu leczenia bodźcowego oszczędzać rocznie wiele milionów na zasiłkach, kąpielach i lekach, o ile to leczenie stosowane będzie we wszystkich odpowiednich przypadkach.

9. W *Cutivaccinie Paula* posiadamy odpowiedni środek dla tego leczenia bodźcowego.

Zdzisław WARCZEWSKI. Kraków.

Przyczynek do wzmożenia czułości odczynu citocholowego.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr Franciszek Walter.

Odczyny kłaczkujące w serodiagnostyce kiły, do których należy odczyn citocholowy zapoczątkował Michaelis.

On pierwszy zaobserwował fakt strącania przez surowice kiłowe wyciągów alkoholowych z narządów.

Wykorzystując to spostrzeżenie opracowali Meinicke, a potem Sachs-Georgy swoje metody, które otwarły nowe drogi przed serodiagnostyką kiły.

Tak odczyn Meinickego, jak i odczyn Sachs-Georgy'ego przechodził cały szereg zmian.

Odczyn citocholowy jest właśnie jedną z najlepiej klinicznie i serologicznie opracowanych odmian odczynu Sachsa-Georgy'ego.

Odczyn Kahna, który jest najbliższym krewnym odczynu citocholowego, był pierwszym krokiem uczynionym w kierunku uzyskania *szybkiego* odczynu dla serodiagnostyki kiły.

Odczyn citocholowy jest odmianą wprowadzoną przez Sachsa-Witebsky'ego biorącą za podstawę zmieniony przez Kahna klasyczny odczyn Sachsa-Georgy'ego (odczyn *lentocholowy).*

Jeżeli chodzi o kliniczną wartość odczynu citocholowego, to autorzy stwierdzają zgodnie jego większą czułość, w porównaniu z klasycznym odczynem Bordet-Wassermanna i odczynem zmętnienia Meinickego (M. T. R.) (Engelhardt - Kiewe, Gross, Szwojnicka).

Również w porównaniu z odczynem lentocholowym (Sachsa-Witebsky'ego) odczyn citocholowy oprócz tego, że można go wykonać szybciej, ma jeszcze i tę wyższość, że jest odczynem znacznie czulszym, przy niezmniejszonej swoistości.

Wprawdzie odczyn Kahna jest odczynem przewyższającym pod względem czułości odczyn citocholowy, jednak ta czułość pociąga za sobą zwiększenie ilości nieswoistych wyników.

Dziś większość pracowni serologicznych, ze względu na kłopotliwe miareczkowanie odczynu Kahna oraz na nieznacznie tylko zaznaczoną wyższość odczynu Kahna nad odczynem citocholowym, wykonuje odczyn citocholowy zamiast odczynu Kahna.

Istota odczynu Kahna oraz odczynu citocholowego polega na zastosowaniu wyciągów lipoidalnych z narządów w *większym stężeniu,* niż to dotychczas czyniono.

Późniejsze prace Sachsa-Witebsky'ego dowiodły, iż szybkość zachodzącej reakcji stoi w prostym stosunku do stężenia antygenu.

Antygen, będący wyciągiem alkoholowym z mięśnia serca wołu, może być stosowany zarówno do odczynu wiązania dopełniacza, jak i do odczynów Sachsa-Georgy'ego (lentocholowego), Kahna, i Sachsa-Witebsky'ego (citocholowego), z tym, że tylko *stężenie antygenu jest różne.*

Obecnie przy wykonywaniu odczynu citocholowego posługują się pracownie, jako antygenem, zagęszczonym trzykrotnie wyciągiem alkoholowym z mięśnia serca wołu.

Jedną objętość antygenu zadajemy dwiema objętościami 0,9% roztworu NaCl, mieszamy dokładnie i pozostawiamy na 5 minut, by antygen „dojrzał". Potem dodajemy dziewięć objętości 0,9% roztworu NaCl, uzyskując w ten sposób antygen gotowy do użytku (rozcieńczony 1:12).

Tak rozcieńczony antygen dodajemy w ilości 0,2 cm^3 do 0,2 cm^3 surowicy unieczynnionej, wytrząsamy przez 5 minut na trzęsawce, po czym odczytujemy wynik (przepis podawany przez P. Z. H.).

Obserwacje Weinlanda, potwierdzeniem których są i nasze spostrzeżenia, poczynione w pracowni serologicznej Kliniki Dermatologicznej U. J., że surowice badane w kilka dni po pobraniu dają wyniki bardziej czułe, niż surowice badane zaraz po pobraniu, podkreślają ważność dokładnego unieczynniania surowic badanych na odczyn citocholowy.

Badania kontrolne wykonane przez Milińską-Szwojnicką na dużym materiale surowic niekiłowych wykazały, że *odczyn citocholowy nie daje wyników nieswoistych.*

Propozycje czynione przez licznych autorów, aby mając tak dobre i proste odczyny do dyspozycji, jak odczyn Meinickego, Kahna, citocholowy i Müllera poprzestać tylko na tych odczynach i zarzucić zupełnie wykonywanie wiązania dopełniacza Bordet-Wassermanna, nie zostały przyjęte przez oficjalne kongresy.

„Dziś stoimy na stanowisku, iż wykonywanie serodiagnostyki kiły, przy obecnej przynajmniej metodyce, nosi z jednej strony pewne piętno sztuki, a z drugiej wymaga licznych kontroli i kilku metod wzajemnie się uzupełniających" (Milińska-Szwojnicka).

W pracowni serologicznej Kliniki Dermatologicznej U. J. wykonujemy następujące odczyny przy badaniu surowic kiłowych:

1. wiązanie dopełniacza z antygenem:
   a) Bordeta,
   b) Mac Intosha,
   c) Sachsa-Georgy'ego,
2. odczyn Meinickego zmętnienia (M. T. R.),
3. odczyn Meinickego wyjaśnienia (M. K. R.),
4. odczyn citocholowy (Sachsa-Witebsky'ego),
5. odczyn Müllera.

Materiał przebadany tymi odczynami był podstawą do oceniania wartości odczynu *citocholowego A* (antygen rozcieńczony według przepisu P. Z. H. 0,9% roztworem NaCl) oraz jego modyfikacji z 3% roztworem NaCl (odczyn *citocholowy B).*

Co do techniki przygotowywania antygenu, to na podstawie własnych obserwacyj podkreślić musimy *konieczność bardzo dokładnego wymieszania* antygenu z roztworem soli tak w pierwszej (1 objętość + 2 objętości), jak i w drugiej fazie (3 objętości + 9 objętości). Przy mniejszej ilości antygenu można dobrze wymieszać płyn, naciągając do pipety i wydmuchując szybko mieszaninę antygenu i roztworu soli.

Poza tym niemniej ważne jest dokładne unieczynnienie surowicy.

Jak wielką odgrywa to rolę dla czułości odczynu udowodnił to, jak już powyżej nadmieniłem, Weinland.

Pozostawił on na kilka dni w cieplocie pokojowej 100 surowic, które badane zaraz po pobraniu wykazały ujemny odczyn citocholowy.

Surowice te badane ponownie po upływie kilku dni dały w 15 przypadkach wynik dodatni.

Doświadczenie to powtórzyliśmy i uzyskaliśmy potwierdzenie tej obserwacji z tym, że na 100 surowic, które przy pierwszym badaniu dały wynik ujemny, tylko 9 surowic dało przy powtórnym badaniu (po 7 dniach) wynik dodatni. Zaznaczyć należy, że te 9 przypadków, które dały wynik dodatni przy powtórnym badaniu, były to przypadki pewnej kiły, w których odczyn wyjaśnienia Meinickego był dodatni, nie można więc mówić o nieswoistych wynikach.

Głównym zadaniem pracy było rozstrzygnięcie, jaki wpływ na czułość i swoistość odczynu citocholowego ma zastosowanie 3% roztworu NaCl zamiast dotychczas używanego 0,9% roztworu.

Teoretycznie celowość zastosowania wyższych stężeń NaCl tłumaczy Sachs tym, że zwiększone stężenie NaCl odgrywa rolę regulatora i jest przeciwwagą dla hamujących wpływów wahań ciepłoty i że dzięki temu słabo oddziaływujące surowice ulegają wzmocnieniu odczynowemu.

Ze swej strony, opierając się na stwierdzonym przez nas fakcie doniosłego znaczenia, jakie ma dokładne unieczynnienie surowicy dla czułości odczynu citocholowego oraz wiedząc o tym, że surowice czynne zawierają globuliny bardziej chwiejne, niż surowice nieczynne i że globuliny te można stabilizować zarówno przez ogrzewanie w cieplocie 56°, jak i przez hipertonie (Hirschfeld-Klinger), sądzę, że właśnie ten wpływ stabilizujący, jaki wywiera roztwór hipertoniczny na globuliny, jest momentem wzmagającym czułość odczynu citocholowego.

Przebadaliśmy 500 surowic za pomocą odczynów:

citocholowego A (według przepisu P. Z. H. z 0,9% roztworem NaCl),
citocholowego B (z 3% roztworem NaCl),
Meinickego zmętnienia (M. T. R.),
Meinickego wyjaśnienia (M. K. R.),
Müllera,
wiązania dopełniacza Bordet-Wassermanna z trzema antygenami.

Odczyn citocholowy B wykonywaliśmy ściśle według przepisu P. Z. H., posługując się antygenem wyprodukowanym przez P. Z. H. z tą różnicą, że *zamiast roztworu 0,9% NaCl używaliśmy roztworu 3%.*

Ponieważ odczyn citocholowy jest dokładnie przebadany, ograniczę się tylko do porównania czułości odczynu citocholowego z czułością innych odczynów.

Opierając się na materiale przebadanym w pracowni serologicznej Kliniki Dermatologicznej U. J. dochodzimy do wniosku, że najczulszym odczynem, jaki mamy obecnie do rozporządzenia w serodiagnostyce kiły, jest odczyn Meinickego wyjaśnienia (M. K. R.).

Drugie miejsce co do czułości odczynów zajmuje odczyn Kahna, a trzecie odczyn citocholowy.

Jako odczyny mniej czułe, niż odczyn citocholowy, uważać należy odczyn Müllera i Meinickego zmętnienia (M. T. R.).

Odczyn citocholowy jest więc jednym z najczulszych odczynów kiłowych.

Tablica podana poniżej przedstawia wzajemny stosunek odczynu citocholowego A (z 0,9% roztworem NaCl) do odczynu citocholowego B (z 3% roztworem NaCl).

Odczyn citocholowy B		Odczyn citocholowy A			
		++	+	+—	—
98	++	75	8		15
44	+		25		19
12	+—				12
346	—		2		344
500		75	35	—	390

Zgodnie dodatnio wypadł odczyn citocholowy A z odczynem citocholowym B w 100 przypadkach, zgodnie ujemnie w 344 przypadkach.

W 56 przypadkach wyniki nie były zgodne, a z tego tylko w dwóch przypadkach odczyn citocholowy B dał wynik ujemny, podczas gdy odczyn citocholowy A wypadł dodatnio.

W 54 przypadkach odczyn citocholowy B dał wyniki czulsze, niż odczyn citocholowy A.

W 6 przypadkach odczyn citocholowy B wypadł dodatnio przy ujemnych wszystkich innych wykonywanych odczynach. Z tego cztery przypadki rozpoznane były klinicznie jako kiła utajona a dwa były bez wywiadów.

Nieswoistość wyników nie wchodzi więc w danym wypadku w rachubę.

Dzięki wzmożeniu czułości odczynu citocholowego bez obniżenia jego swoistości, uzyskujemy nowe przegrupowanie w tabeli pierwszeństwa czułości odczynów kłaczkujących.

Odczyn Meinickego wyjaśnienia pozostaje nadal na pierwszym miejscu, natomiast odczyn Kahna utraci prawdopodobnie swe dotychczasowe miejsce na rzecz odczynu citocholowego B.

Rozstrzygnięcie sporu między odczynem Kahna a odczynem citocholowym B o pierwszeństwo co do czułości będzie tematem osobnej pracy.

Antygen citocholowy wymieszany z 3% roztworem NaCl i wytrząśnięty z surowicą daje nieco inną zawiesinę, niż ten sam antygen z 0,9% roztworem NaCl i surowicą.

Przy odczynie z 3% roztworem soli (odczyn citocholowy B) otrzymujemy zwykle w razie wyniku ujemnego nieprzeźroczystą zawiesinę, natomiast przy odczynie citocholowym A (z 0,9% roztworem NaCl) z surowicą dającą wynik ujemny otrzymujemy przeźroczysty, lekko opalizujący płyn.

Wynik dodatni tak w odczynie citocholowym A, jak w odczynie citocholowym B charakteryzuje się wypadaniem grudkowatych strątów.

Metoda stosowania 3% roztworu NaCl do rozcieńczania antygenu citocholowego przed użyciem zamiast 0,9% zasługuje ze względu na zwiększenie czułości odczynu, bez obniżenia jego swoistości, na jak najszersze stosowanie w serodiagnostyce kiły.

W pracowni serologicznej Kliniki Dermatologicznej U. J. wykonujemy nadal równolegle odczyn citocholowy A obok odczynu citocholowego B, ale traktujemy to jako fazę przejściową do wykonywania jedynie *odczynu citocholowego B.*

Piśmiennictwo:

1) Milińska-Szwojnicka: Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. VI. Z. 3/4. Str. 209. 1926. — 2) Sachs-Witebsky: Klin. Woch. Nr 26. Str. 1233. 1928. — 3) Sachs-Witebsky: Klin. Woch. Nr 5. 1929. — 4) Sachs-Witebsky: Klin. Woch. Nr 11. Str. 499. 1930. — 5) Sachs-Witebsky: Klin. Woch. Nr 43. 1931. — 6) Milińska-Szwojnicka: Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XIII. Z. 3/4. Str. 177. 1931. — 7) Haag-Linkenweiler: Zeitschr. f. Immforsch. Nr 70. Str. 337. 1931. — 8) Milińska-Szwojnicka: Zeitschr. f. Immforsch. Bd. 79. Hft. 1/2. 1933. — 9) Milińska-Szwojnicka: Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XVIII. Z. 1/2. 1934. — 10) Weiland: Die Medizinische Welt. Nr 13. Str. 447. 1936.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 1. 1937. Marynowski Zb.: Badania porównawcze wzrostu drobnoustrojów w sztucznym powietrzu górskim i w powietrzu zwykłym. — Bortkiewicz-Rodziewiczowa J., Marynowski Zb. i Rodziewicz K.: Czynniki meteorologiczne w salach z powietrzem górskim Szpitala Obozu Warownego Wilno. — Cemach S. i Halpern-Wieliczański H.: Z kliniki oparzeń iperytowych. — Kotłowski K.: Przyczynek do leczenia róży antystreptyną „Geo".

Nowiny Lekarskie. Z. 3. 1937. Tomaszewski W.: Kliniczne znaczenie leczenia tlenem i dwutlenkiem węgla. — Szygowski L.: Polipy szyjki macicznej w świetle badań histologicznych i genetycznych. — Świerczek St.: Leczenie epilepsji rutonalem. — Jonscher K.: Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci (dok.). — Kuhn A.: Stillerowska fundacja w Morszynie.

Zagadnienia Rasy. T. X. Nr 3. 1936. Wolter Wł.: Uwagi prawnicze na marginesie projektu ustawy eugenicznej. — Wander L.: O wskazaniach psychiatrycznych, eugenicznych i społecznych do sterylizacji. — Surmacka I.: Charakterystyka prostytutek warszawskich w świetle ankiety.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 2. 1937.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 6. 1937. Graber A.: Zaburzenia czynności układów oddychania i krążenia po operacjach na klatce piersiowej. — Maschler H.: Badania niektórych własności farmakologicznych soli sodowej ewipanu. — Herman E.: Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemosa universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi (dok.). — Macewicz P.: Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu (c. d.).

Medycyna. Nr 3. 1937. Łukaszczyk Fr.: Zakres promieniolecznictwa w rakach sutka. — Laskowski J.: Torbielowate zwyrodnienie sutka a procesy rakowe. — Rahoza E.: Elektrochirurgia w leczeniu nowotworów złośliwych. — Noblinówna H.: Wiek chorych, stopień rozwoju raka szyjki macicy oraz długość okresu czasu między wystąpieniem pierwszych objawów choroby a zgłoszeniem się do leczenia. — Szabunia J.: Promieniolecznictwo pierwotnego raka pochwy.

Wiedza Lekarska. Nr 1. 1937. Grzybowski W. M.: Łuszczyca, jej rozpoznawanie i leczenie. — Hrom St.: Praktyczne znaczenie elektrokardiografii.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 7. 1937.

Biologia Lekarska. Z. 9. 1936. Zembrzuski L.: Niektóre ważniejsze zagadnienia biologiczne i ich rozwój w perspektywie dziejowej. — Przeździecka A.: Badania działania biologicznego witaminy A.

Polskie Zioła. Nr 1. 1937.

Młoda Matka. Nr 4. 1937.

OCENY.

Choroby dzieci. Pierwszy polski podręcznik zbiorowy. Redaktor: prof. W. Jasiński, sekretarz redakcji Dr T. Chrapowicki. Tom I. Polskie Wydawnictwo Lekarskie „Ars medici". Warszawa, 1936.

Ostatnimi laty wzbogaciło się znacznie polskie piśmiennictwo lekarskie w tej właśnie dziedzinie, której poważne braki odczuwał najdotkliwiej lekarz-praktyk i student medycyny. Myślę o oryginalnych polskich podręcznikach klinicznych, ogarniających całość poszczególnych dziedzin z uwzględnieniem dorobku najnowszych badań naukowych. Niedawno, bo przed kilkunastu jeszcze laty musieliśmy posługiwać się prawie wyłącznie podręcznikiem obcym, w najlepszym razie mniej lub więcej dobrym tłumaczeniem. Istniejące wówczas oryginalne podręczniki polskie, aczkolwiek bardzo piękne, zwłaszcza w opisach obrazów klinicznych, były jednak już nieco przestarzałe i co najważniejsze, wyczerpane zupełnie w handlu księgarskim. Zdawało by się na pozór, że jest rzeczą obojętną, czy wiadomości nasze czerpiemy ze źródeł obcych czy swoich, wszak nauka jest międzynarodowa. A jednak udręka nasza nie ograniczała się tylko do czczej zazdrości prestiżowej, „oni mają a my nie". Bo jeśli prof. Michałowicz głosi, że „każdy choruje tak, jak umie i tak, jak musi", wyrażając w tak lapidarnej formule starą zasadę, że przebieg i zejście choroby jest wypadkową, zdeterminowaną ściśle przez zespół warunków konstytucjonalnych i kondycjonalnych, to wydaje się rzeczą oczywistą, że Polak będzie inaczej chorował niż Anglik, Francuz czy Niemiec, posiada bowiem odrębne cechy konstytucjonalne oraz inne zewnętrzne warunki bytowania (struktura społeczna, klimat, odżywienie itd.). I my właśnie, pokolenie młodszych lekarzy, którzy uczyliśmy się z obcych podręczników możemy o tym coś powiedzieć. Jakże to często stawaliśmy przy łóżku chorego nie umiejąc pogodzić aktualnego obrazu z opisem podręcznika i przeciwnie, napróżno poszukiwaliśmy niejednokrotnie szczegółów o których wspominał obowiązkowo każdy podręcznik. Pomyślmy też z drugiej strony o swoistym u każdego narodu przeciętnym typie umysłowości, dla którego takie lub inne podejście do tematu, takie lub inne jego przedstawienie wpływa na lepsze lub gorsze przyswojenie treści. Dlatego należy radośnie powitać każdy wysiłek zmierzający do tego, by polski lekarz i student uczyli się z podręcznika pisanego przez Polaka i opracowanego na polskim materiale klinicznym.

W zaraniu naszej niepodległości, bo jeszcze w 1918 r. rzucona przez profesorów Groëra i Szenajcha myśl wydania polskiego podręcznika chorób dzieci nie mogła przez długi czas doczekać się realizacji. I dziś dopiero, dzięki inicjatywie ruchliwej i rzutkiej firmy wydawniczej „Ars medici" oraz wielkiej i pełnej poświęcenia pracy nieodżałowanej pamięci prof. W. Jasińskiego, który stanął na czele komitetu redakcyjnego, oddany nam zostaje pierwszy okazały tom polskiego podręcznika pediatrii. Prócz obszernego wstępu, w którym prof. Michałowicz z właściwym sobie polotem kreśli zarys historii pediatrii w XIX i XX wieku, podkreślając dobitnie w ogólnym dorobku również pracę pediatrów polskich, a prof. Szenajch opowiada o rozwoju szpitalnictwa dziecięcego w Polsce, na całość pierwszego tomu złożyły się dwie części: rozwój dziecka i jego higiena, objęte wspólnym tytułem: Dziecko w stanie zdrowia, oraz druga część patologiczna. Ponieważ musimy zawsze patrzeć na dziecko, jako na ustrój będący w ciągłym rozwoju postaciowym i czynnościowym, przeto jest rzeczą naturalną, że systematyczny podręcznik pediatrii musi zaznajomić czytelnika z prawami i przebiegiem tego rozwoju oraz przedstawić pewne normy dla poszczególnych faz rozwojowych. W naszej książce potraktowano ten dział szeroko i *„con amore"*, bo nie kto inny, jak właśnie naczelny redaktor, ś. p. prof. Jasiński był głównym propagatorem i organizatorem prac w tej dziedzinie na ziemiach polskich. Toteż ustępy jego pióra: okresy dzieciństwa, przebieg i prawa rozwoju fizycznego, wpływ różnych czynników na rozwój imponują zwartością i głębią ujęcia a ponadto nadobnym i zajmującym sposobem przedstawienia rzeczy z natury swej suchych, bo zamkniętych przeważnie w cyfrach i wykresach. Radują ponadto uwzględnieniem i spożytkowaniem w tej dziedzinie materiałów dotyczących dzieci polskich. Są one dość skąpe, zbierane były urywkowo przeważnie przez lekarzy szkolnych i odnoszą się też przeważnie do okresu szkolnego. Organogeneza w okresie płodowym i przyżyciowy rozwój poszczególnych narządów i układów przedstawiony w zarysie przez Hillera, Januszkiewicza (kościec), Jasińskiego (czaszka, zęby, mięśnie). Osobne ustępy poświęca Bogdanowicz rozwojowi i higienie w okresie dojrzewania. W zakresie techniki antropometrycznej wybrał i opisał Sylwanowicz te pomiary, które stosujemy najczęściej w klinice. Pięknie, choć w schematycznym tylko skrócie przedstawia Baley rozwój duchowy oraz higienę życia psychicznego w dzieciństwie i w okresie dojrzewania. Ponieważ okres niemowlęctwa wyróżnia się swą odrębną fizjologią, przeto higiena osobista i dietetyka niemowlęcia opracowane zostały bardzo szczegółowo w osobnych rozdziałach przez Kopcia i Barańskiego. Barański szczęśliwie uniknął tak powszechnego w nauce dietetyki niemowląt apodyktycznego narzucania schematów, tam zaś, gdzie z konieczności uczynić to musi, podkreśla wyraźnie, że są to tylko schematy od których mogą i muszą istnieć w wielu przypadkach nawet daleko idące odchylenia. Dietetykę dzieci starszych opracował Iszora uwzględniając najbardziej nowoczesne postulaty w tej dziedzinie (witaminy, utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej). Pięknie, bo z sercem napisał Kopeć ustęp o opiece nad matką i dzieckiem. Wykazując w sposób przekonywujący doniosłe znaczenie społeczne i polityczne tej dziedziny, opisuje i ocenia poszczególne formy organizacyjne, warunki ich rozwoju oraz osiągane wyniki.

Druga część książki wkracza już w patologię dziecka. Poprzedzona jest ustępem, pióra Brokmana o ogólnej etiologii, patogenezie, higiogenezie, semiotyce, diagnostyce, profilaktyce i terapii chorób dzieci. Trudno jest to wszystko jednym tchem wymówić, a jeszcze trudniej napisać o tym wszystkim na kilkunastu kartkach. I żal mi Brokmana, autora licznych i cennych, dla niektórych zagadnień wprost zasadniczych prac klinicznych i doświadczalnych, bo opracowanie tak rozległego tematu w tak ciasnych ramach nie mogło się udać. Autor, poza pięknie i głęboko ujętym ustępem o etiologii ogólnej, musiał w pozostałych ustępach z natury rzeczy ograniczyć się tylko do bardzo powierzchownego szkicu. Hirszfeldowej zarys nauki o dziedziczności i jej znaczeniu w patologii, wraz z rejestrem dziedzicznych stanów chorobowych, jest miłym przypomnieniem tych rzeczy, o których przeciętny lekarz praktyk dawno zdołał już zapomnieć. W naukę o chorobach zakaźnych wkraczamy z ustępem Hirszfeldów o epidemiologii i immunologii ogólnej. Zawiłe zagadnienia z tej dziedziny przedstawione są jasno i zwięźle a ujęte oryginalnie. Autorzy nie rozpraszają się zbytnio w historii problemów, ale przedstawiają rzecz w ujęciu najbardziej nowoczesnym, opierając się często na własnych badaniach, uwzględniając też wiele poglądów badaczy polskich. Opracowanie ostrych chorób zakaźnych przypadło w udziale Mogilnickiemu. Autor rozdziału o tak doniosłym znaczeniu i tak obszernym temacie stanąć musi przed nielada trudnością: powiedzieć wszystko istotne, wprowadzić czytelnika w krąg najnowszych zagadnień, i uczynić to w sposób najbardziej zwięzły, by nie rozsadzić zbytnio ograniczonych ram podręcznika. Przyznać należy bezstronnie, że Mogilnicki pokonał te trudności bez zarzutu. Przedstawienie zagadnień etiologii i patogenezy wedle wyników najnowszych badań, uwzględnienie najnowszych sposobów leczniczych i podanie tego w formie zwartej, treściwej, stanowią cenną zaletę tej pracy. Opisy obrazów klinicznych może nie tak piękne i barwne, jak u starych mistrzów (Biegański) nie pomijają jednak niczego, co istotne. Autor chętnie przytacza spostrzeżenia i prace pediatrów polskich, dzieląc się z czytelnikiem tu i ówdzie własnym doświadczeniem. W statystyce, gdzie tylko można, naprowadza dane z polskiego materiału. W podręczniku zakrojonym na tak szeroką miarę za-

sługiwałyby dury rzekome na nieco szersze opracowanie. Dziwi mnie, że w tym rozdziale nie znalazły miejsca choroby tak *par excellence* zakaźne i zaraźliwe, jak porażenie rogów przednich rdzenia oraz nagminne zapalenie mózgowia, mają chyba do tego większe prawo niż ostry gościec stawowy. Wygląda na dobry żart, gdy w ustępie o zimnicy czytamy, że panuje nagminnie na Polesiu, i ustęp ten znajdujemy pomieszczony w rozdziale o... chorobach tropikalnych (opracował doskonale Bogdanowicz). Brak w obszernym, polskim podręczniku nawet wzmianki o febrze wołyńskiej uważam za poważny defekt.

Z przewlekłych chorób zakaźnych opracowano gruźlicę i kiłę. Etiologię, patogenezę i klinikę gruźlicy opracował Popowski, zapobieganie Prokopowicz - Wierzbowska. Autor trzyma się na ogół koncepcji Simona i Redeckera w sprawie toku rozwoju gruźlicy w ustroju dziecięcym, unika jednak pojęć gruźlicy „drugo- i trzeciorzędnej". Omawia dokładnie klinikę zespołu pierwotnego oraz nacieczeń dookołaogniskowych, dalej postaci krwiopochodnych, podkreślając doniosłą rolę i częstość tzw. łagodnych rozsiań, wreszcie przedstawia izolowaną gruźlicę płuc, przychylając się do koncepcji o jej genezie z „nacieku wczesnego". W leczeniu główny nacisk położony na oszczędzanie ustroju w postaciach ostrych, a umiejętne hartowanie i leczenie bodźcowe w okresach względnego uspokojenia. Ogromną wagę przykłada do wczesnego stosowania odmy w wypadkach, gdy nacieki wykazują skłonność do serowacenia i rozpadu. Zapobieganie, które dziś stanowczo wysunęło się na czoło zagadnień w zwalczaniu gruźlicy, zostało omówione dokładnie w swych wszystkich postaciach. Do szczepień metodą Calmette'a odnosi się autorka przychylnie, podkreśla jednak słusznie, że szczepienie to nie zwalnia od obowiązku przestrzegania innych wymagań zapobiegawczych. Rozdział o kile wrodzonej, pióra ś. p. prof. Jasińskiego napisany przykładowo pięknie, dla swych wielkich walorów: jasności układu, barwnego opisu i wyczerpującego potraktowania tematu uważam za najlepszą pracę całego pierwszego tomu. Zienkiewicz w ustępie o zapobieganiu i leczeniu kiły poruszając społeczną stronę zagadnienia podkreśla przede wszystkim potrzebę intensywnego leczenia matek kiłowych w czasie ciąży, a dzieci kiłowych w specjalnych poradniach. W lecznictwie jest autor zwolennikiem wielkich dawek arsenu, lansując schemat E. Muellera w modyfikacji kliniki wileńskiej.

Redakcja uniknęła na ogół szczęśliwie w pierwszym tomie tych usterek, które są bolączką wszystkich niemal dzieł zbiorowych: powtarzania i sprzeczności. Wartość podręcznika podnoszą zestawienia podstawowych źródeł z piśmiennictwa, podawanych przy końcu każdego ustępu. Liczne tablice barwne oraz ryciny są różne, dobre i złe. Ponieważ każda klisza podraża cenę książki, należało by w przyszłości poddać ich dobór ściślejszej krytyce. Redakcji należy życzyć, by jak najrychlej doprowadziła do chwalebnego końca rozpoczęte dzieło, oraz by ten ze wszech miar piękny podręcznik doczekał się licznych wydań a uzupełniany i poprawiany w miarę potrzeb i postępu wiedzy służyć mógł i następnym pokoleniom.

M. Krzyżanowski (Lwów).

L'exploration fonctionelle du pancréas interne. A l'état normal dans le diabète sucré, dans le diabète du jeune et après insulinisation prolongée. Étude expérimentale et clinique (Badanie czynnościowe wewnętrznego wydzielania trzustki). RENÉ SARIC. Édit. Delmas, Bordeaux. Str. 238. 1936.

Autor w bardzo sumiennie opracowanej monografii przedstawia wynik dłuższych badań zagadnienia wewnętrznego wydzielania trzustki. Opisuje wszystkie metody statyczne i dynamiczne badań czynności wewnętrznego wydzielania trzustki. Jeśli chodzi o metodę zastosowaną we własnych badaniach, to z licznych prób podanych przez najrozmaitszych autorów wybrał Saric metodę badania tolerancji na glukozę we krwi (po podaniu 50 g glukozy w 150 cm³ wody). W części doświadczalnej podaje autor badania swoje wykonane na psach. Wynik przeprowadzonych prób kontroluje autor na zmianach histologicznych trzustki. W części klinicznej podaje Saric wynik badań tolerancji węglowodanowej, wykonanej w rozmaitych przypadkach cukrzycy oraz niektórych innych schorzeniach. Liczne krzywe i tabele oraz mikrofotografie zmian histologicznych trzustki podnoszą wartość tej monografii. Obfita literatura uwzględniająca całość zagadnienia wewnętrznego wydzielania trzustki uzupełnia to dzieło. Książkę tę można polecić każdemu, interesującemu się cukrzycą.

W. Tomaszewski (Poznań).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologia.

Znaczenie płytek i krwinek czerwonych dla krzepliwości krwi. GRUNKE. Zeitschr. f. die ges. exp. Med. 99. 4 i 5. 1936.

Na podstawie swoich doświadczeń wnioskuje autor, iż dla procesu krzepnięcia ważna jest obecność płytek i krwinek czerwonych; u krwawców te składniki działają znacznie wolniej; lecz obecność płytek i krwinek czerwonych nie wyczerpuje zagadnienia, pozostają jeszcze bliżej niezbadane właściwości osocza, które odgrywają nie mniejszą rolę w procesie krzepnięcia, niż wyżej wspomniane elementy morfologiczne.

K. Rymaszewski (Wilno).

Patologia.

Podłoże anatomiczno-patologiczne epituberkulozy (nacieku okołoogniskowego). R. RÖSSLE. Virch. Arch. T. 296. Str. 1. 1936.

Pojęcie epituberkulozy (znanej w Polsce najczęściej pod niewłaściwą nazwą nacieku okołoogniskowego), stworzone zostało przez klinicystów, przy czym zmiany anatomo-patologiczne, powodujące znane zaciemnienie pola płucnego w obrazie rentgenologicznym, nie były dotychczas niemal zupełnie znane. Cechą zasadniczą zespołu klinicznego, cechującego epituberkulozę jest lekki, często bezgorączkowy przebieg, oraz zupełne znikanie zmian rentgenologicznych *(restitutio ad integrum)*, po kilkotygodniowym, kilko-miesięcznym lub dłuższym trwaniu. Wobec korzystnego przebiegu sprawy, badań anatomicznych dotychczas niemal nie przeprowadzano, a badania przypadkowe (raz nawet próbna ekscyzja), dawały wyniki niejednolite. Znaczna większość anatomo-patologów stać jednak musiała na stanowisku, że zachodzą tu zmiany morfologiczne nieswoiste, gdyż zmiany swoiste (serowacenia, gruzełki, bujanie tkanki łącznej itp.) są bezwarunkowo nieodwracalne; przyjmowano najczęściej kataralne zapalenie płuc (brak podwyższenia ciepłoty?), wywołane wchłonieniem jadów z ogniska gruźliczego (choć naciek nie zawsze jest „okołoogniskowy" i rozwija się czasem nawet w innym płacie, niż samo ognisko gruźlicze).

Prof. Rössle miał szczęście badania anatomicznego 8 przypadków, doskonale klinicznie opracowanych. Badanie to wykazało, że przyczyną zaciemnienia rentgenologicznego jest miejscowa niedodma płuca, spowodowana najczęściej uciśnięciem lub zaciśnięciem oskrzela przez powiększony serowaty gruczoł lub zatkaniem światła oskrzela przez przebijające do niego masy serowate. Pracę ilustrują świetne fotografje i rentgenogramy, a ścisłość rozumowania i badań przeprowadzonych, nie pozostawiają nic do życzenia. Ustąpienie epituberkulozy bez jakichkolwiek śladów (czasem nawet ustąpienie nagłe), znajduje doskonałe wytłumaczenie anatomiczne, podobnie, jak brak objawów ogólnych, podniesienia ciepłoty itp. Niesłuszność nazwy „naciek okołoogniskowy", występuje też w całej pełni. Lekturę oryginału pracy Rösslego polecam gorąco kolegom klinicystom.

T. Kielanowski (Lwów).

Uboczne krążenie w sercu po zamknięciu ujścia tętnic wieńcowych (zmiany kiłowe w tętnicy głównej i przy mediastinopericarditis adhaesiva). M. J. ARIEFF, W. J. WITUSCHINSKY i A. B. RADINERSON. Ztschr. f. klin. Med. B. 130, 153—162, 1936.

Badania przeprowadzano w 4 przypadkach sekcyjnych, nastrzykując naczynia wieńcowe mieszaniną minii, płynnej parafiny i terpentyny, a następnie fotografując serce promieniami Roentgena. Okazało się, że krążenie uboczne rozwija się w sercu dwojako: przez istniejące naczynia krwionośne, łączące prawą i lewą tętnicę wieńcową lub przez nowowytworzone połączenia między naczyniami serca a sąsiednimi organami, szczególnie płucami i przeponą. Pierwszy rodzaj połączeń występuje w zmianach kiłowych tętnicy głównej, przy czym zamknięcie dotyczy wyjścia prawej tętnicy wieńcowej. Lewa tętnica wieńcowa prawdopodobnie nie zamyka się z powodu silnego prądu krwi w tym naczyniu. Drugi rodzaj połączeń obserwuje się w *mediastinopericarditis.*

H. Długosz (Lwów).

Badania elektrokardiograficzne podczas pracy. H. MARZHORN. Ztschr. f. Klin. Med. 130. 135, 1936.

Badania przeprowadzono u zdrowych i chorych na serce, po ściśle dawkowanej pracy ergometrem Knippinga. Elektrokardiogram w odprowadzeniu pierwszym służył przede wszystkim dokładnej kontroli częstości akcji serca. Równocześnie notowano ilość zużytego tlenu. Dzieląc ilość tlenu przez ilość skurczów serca otrzymano objętość wyrzutową. Wielkość wychyleń elek-

trokardiogramu zależy od wielkości pracy. Mała praca u zdrowych nie wpływa na wielkość wychyleń. Średnią praca zmniejsza R i T, pogłębia S. Znaczne obciążenie zmniejsza wybitnie R i T oraz wybitnie pogłębia S, skraca czas trwania QRS o 0,01 sek. w porównaniu z elektrokardiogramem w spoczynku. U chorych na serce ekg. już po małym wysiłku wypada odmiennie: zwiększa się R i T, w przypadku bloku odgałęzienia zmniejsza się R i T, a pogłębia S. Czasem spostrzegano u zdrowych i chorych na serce poszczególne skurcze dodatkowe. Spoczynkowe skurcze dodatkowe po pracy znikają. Zdrowe serce reaguje na pracę nieznacznym przyśpieszeniem akcji serca i znacznym zwiększeniem objętości wyrzutowej, co jest ekonomiczniejsze, niż przyśpieszenie akcji serca z nieznacznym tylko zwiększeniem objętości wyrzutowej. *H. Długosz* (Lwów).

O działaniu fluortyrozyny na przemianę węglowodanową. G. LITZKA. Z. f. die ges. exp. Med. 99. 4—5, 1936.

Cukromocz i jednoczesne zubożenie narządów w glikogen wywołane podawaniem tyreotropowego hormonu przedniego płata przysadki mózgowej były hamowane przez jednoczesne podawanie 3-fluortyrozyny. Przewlekłe podawanie fluortyrozyny (w dawkach miligramowych) w pewnych warunkach obniża poziom cukru we krwi; u osób zdrowych można osiągnąć na pewien okres czasu obniżenie poziomu cukru jednoczasowym podaniem preparatu: takiego wyniku już nie daje się osiągnąć u chorych na Basedowa.

K. Rymaszewski (Wilno).

Leczenie doświadczalnych zatruć toksyną błoniczą. DIECKHOFF i LAURENTIUS. Z. f. die ges. exp. Med. 99. 4—5, 1936.

Zwierzęta (króliki) zatrute śmiertelną dawką toksyny błoniczej pozostają przy życiu, o ile zaraz po podaniu jadu są leczone dostatecznymi dawkami kwasu askorbinowego („Cebion") i jednocześnie wyciągiem z kory nadnercza; jeżeli natomiast podawanie tych środków zaczyna się w 8 godzin po podaniu jadu, życie nieco przedłuża się, ale wszystkie zwierzęta giną. Podawanie zatrutym zwierzętom tylko kwasu askorbinowego cokolwiek tylko przedłuża życie; podawanie zatrutym zwierzętom tylko wyciągu z kory nadnercza nie wykazuje leczniczego wpływu zupełnie. U zwierząt zatrutych, leczonych (ale padłych) i nieleczonych (kontrolnych) w surowicy krwi stwierdzał autor wzrost ilości azotu pozabiałkowego i spadek poziomu chlorków.

K. Rymaszewski (Wilno).

Działanie czosnku na doświadczalną cholesteryno-ateromatozę u królików. H. THIERSCH. Z. f. die ges. exp. Med. 99. 4—5, 1936.

Dodawaniem do zwykłego pokarmu cholesteryny w oliwie wywoływano cholesterynemię i ateromatozę; drugiej grupie prócz tego podawano jeszcze preparat czosnku *(„Alloton")* w dawce odpowiadającej 2,0 świeżego ciała. Porównawcze badanie chemiczne i anatomo-patologiczne wykazało dość znaczną różnicę w stopniu cholesterynemii, jak i w nasileniu zmian ateromatycznych tętnicy głównej i zastawek serca, mianowicie u królików, którym jednocześnie podawano czosnek zmiany te były zaznaczone w daleko mniejszym stopniu.

K. Rymaszewski (Wilno).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Białaczka a uraz. P. EMILE-WEIL i J. BOUSSER. Ann. de méd. T. 40. Nr 3. 1936.

Na podstawie licznych, bardzo dokładnych obserwacyj stwierdzono, że uraz odgrywa pewną rolę w białaczce, zwłaszcza szpikowej, powodując jej zaostrzenie lub wywołując typowe objawy białaczki, u osobnika cierpiącego przedtem na białaczkę ukrytą (bezobjawową).

Jeżeli uraz dotyczy okolicy podżebrza lewego lub którejkolwiek części kośćca, a po upływie niespełna roku wystąpią objawy białaczki szpikowej, można przyjąć, że uraz był jej przyczyną bezpośrednią. Ma to znaczenie w medycynie sądowej.

Z. Webersfeld (Lwów).

Wskazania i wyniki leczenia „Derifiliną" schorzeń narządu krążenia. LEHR. Med. Kl. Nr 42. 1936.

Dzięki swej zdolności rozszerzania naczyń wieńcowych i zwiększania ukrwienia mięśnia sercowego, *„Deriphyllin"* (dwumetylooksyaminoksantyna) nadaje się do leczenia dławicy piersiowej, oraz do leczenia stanów niewyrównania wad krążenia, przebiegających z wolną akcją serca. Wyniki własne autora wykazują dużą skuteczność leku, który wykazuje też pewien przyrost diurezy i wydatnie wspomaga działanie naparstnicy i strofantyny. *B. Petryński* (Lwów).

Znaczenie opadania krwinek w „reumatycznych" schorzeniach stawów i kręgosłupa. STANGIER. Med. Kl. Nr 42. 1936.

Na materiale obejmującym ponad 1000 przypadków różnych gośćcowych schorzeń stawów i kręgosłupa opiera autorka twierdzenie, że przy pomocy OB można odróżnić schorzenia zapalne od statyczno-degeneratywnych. Większe jeszcze znaczenie, zwłaszcza prognostyczne, ma krzywa OB, pozwalając też ocenić wartość zastosowanego leczenia. W przypadkach postępujących z dużym przyśpieszeniem opadania, korzystniejsze jest leczenie ogólne od miejscowego. Przewlekłe stosowanie dużych dawek piramidonu obniża opadanie. Przypadki oporne na piramidon, nie reagujące nań zwolnieniem opadania, kwalifikują się do leczenia bodźcowego, w którym krzywa opadania również ułatwia ocenę doboru bodźca, jak i dobór odstępów między poszczególnymi dawkami. *B. Petryński* (Lwów).

Krążenie, choroby serca i ciąża. PARADE. Med. Kl. Nr 42. 1936.

W referacie poglądowym omawia autor fizjologię narządu krążenia w ciąży, oraz wpływ ciąży na narząd krążenia w przypadkach chorób serca. Co do wad zastawkowych podkreśla, że przy sprawnym mięśniu sercowym rokowanie ciąży jest na ogół pomyślne, lecz uszkodzenie mięśnia sercowego u ciężarnej z wadą zastawkową stanowi wskazanie do wczesnego przerwania ciąży. Ostrzega przed nieoględnym rozpoznawaniem wady zastawkowej u ciężarnych, gdzie zmiany w ułożeniu i rozmiarach serca mogą przy sercu prawidłowym powodować błędne rozpoznanie wady. Przedyskutowuje zagadnienie upustu krwi w przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego, omawiając dane teoretyczne przemawiające na korzyść i niekorzyść tego zabiegu, a w zakończeniu wyraża nadzieję, że zapoznanie się z całokształtem omawianych zagadnień sprawi, że zmniejszy się ilość przerwanych ciąż z powodu schorzeń serca.

B. Petryński (Lwów).

W sprawie przed- i pooperacyjnego traktowania ciężkich schorzeń dróg żółciowych. STARLINGER. Med. Klin. Nr 42. 1936.

Z punktu widzenia chirurga, legitymującego się własnym materiałem wyrażającym się cyfrą 153 zabiegów operacyjnych na drogach żółciowych — omawia autor znaczenie kamicy żółciowej w patologii, podnosząc konieczność wczesnego wkroczenia chirurgicznego w przypadkach wykazujących skłonność do nawrotów, pogarszających z biegiem czasu rokowanie zabiegu. Podkreśla niebezpieczeństwo powikłania żółtaczką i konieczność jej usunięcia przy pomocy przepłukiwań dwunastnicy sposobem Meltzer-Lyona przed przystąpieniem do zabiegu. Zaleca stosowanie wapnia, kwasu askorbinowego dla zmniejszenia żółtaczkowej skazy krwiotocznej i przetaczania krwi, oraz stosowanie insuliny i glukozy, którą z pożytkiem stosuje się też po zabiegu. Na uwagę zasługuje polecona przy drenażu przewodu wątrobowego długotrwała kroplówka 5% glukozy z dodatkiem ciał odkażających, która wprowadza wkroplony roztwór aż do najdrobniejszych dróg śródwątrobowych i dokładnie przemywa przewód żółciowy wspólny. Dalej podkreśla konieczność kontroli drożności brodawki Vatera przez zgłębnikowanie, zwłaszcza przy zabiegach częściowych (cholecystostomia) kończąc wezwaniem do wczesnego skierowywania do zabiegu operacyjnego przypadków nawracającej kamicy żółciowej. *B. Petryński* (Lwów).

Zapalenie nerek „klinicznie nieme" w przebiegu płatowego zapalenia płuc. DUMITRESCO-MANTE. Ann. de méd. Nr 5. 1936.

Azotemie występujące w około 70% przypadków, w przebiegu płatowego zapalenia płuc, są wyrazem niedomogi nerek, co udowodniono szeregiem badań ich wydolności. Nie bez wpływu pozostają tu czynniki uboczne takie, jak: rozpad białka własnego występujący w okresie gorączki, zmniejszenie ilości wydzielanego moczu, oraz obniżenie poziomu chlorków. Poza wzrostem poziomu mocznika we krwi, przeważnie nie stwierdza się klinicznie żadnych zmian wskazujących na niewydolność nerek. W małej tylko liczbie śmiertelnych przypadków zapalenia płuc wystąpiły pod koniec choroby typowe objawy zapalenia nerek.

Rokowanie jest dobre, o ile azotemia ustąpi równocześnie z chorobą podstawową. Leczenie zapobiegawcze.

Z. Webersfeld (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

O wartości przeszczepiania jajników u kobiet. G. COTTE. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1936.

Autor omawia próby przeszczepiania jajników, jako auto-homo- i heterotransplantaty. Zwraca uwagę, że wpływ przeszczepionego jajnika jest wątpliwy i jeżeli chodzi o wzmocnienie

czynności zbyt słabo funkcjonujących jajników, to raczej należy przeszczepić przedni płat przysadki mózgowej lub podawać jego wyciągi, gdyż folikulina nie wywiera bezpośredniego wpływu na czynność jajnika. *H. Newlińska* (Lwów).

Powikłania występujące w przebiegu leczenia radem w ginekologii. REILES i FOBE. Rev. Fr. de Gyn. Nr 11. 1936.

Opierając się na materiale szpitalnym, który obejmuje 100 przypadków raka szyjki macicy, 14 — raka trzonu i 100 krwotoków okresu przekwitania, autorzy dochodzą do wniosku, że nie zawsze rad można stosować bezkarnie. Śmierć z powodu powikłań przy raku szyjki macicy nastąpiła w 4% (2 przypadki ogólnego zapalenia otrzewnej, 1 mocznica, 1 zator płucny). Z 76 przypadków bez gorączki przed założeniem radu, 60,5% miało przebieg prawidłowy, w 27,6% wystąpiły lekkie powikłania, w 9,2% groźne powikłania, a w 2,6% śmierć. W przypadkach raka trzonu macicy jedynym powikłaniem był zator płucny (na 14 chorych 5, z których 4 zmarło — 28,5%). Śmiertelność osób leczonych z powodu krwotoków klimakterycznych była 1% *(phlebitis, embolia).*

Aby uniknąć spraw zapalnych występujących przy raku szyjki w 7%, przy krwotokach w 2—3%, autorzy radzą zmienić sposób stosowania radu, podawać raczej małe dawki radu i przerywać często leczenie, aby zmniejszyć w ten sposób szkodliwe działanie tamponady. *H. Newlińska* (Lwów).

Ostatnie spostrzeżenia dotyczące zabiegu Delmas'a (Opróżnienie macicy pod koniec ciąży). VORLICEK-JELINEK. Rev. Fr. de Gyn. Z. 12. 1936.

W przypadkach, gdy w I okresie zachodziła potrzeba szybkiego ukończenia porodu — autor stosował zabieg Delmas'a, który polega na znieczuleniu lędźwiowym i następowym rozszerzeniu palcami ujścia macicy. Najczęstszymi wskazaniami były przedwczesne odejście wód, słabe bóle porodowe, w kilku przypadkach położenie poprzeczne, przodowanie rączki, nieprawidłowe wstawianie się główki oraz 4 przypadki łożyska przodującego: 17 przypadków dotyczyło pierwiastek, 9 wieloródek. Statystyka, która obejmuje również 108 przypadków podanych przez prof. Bittmanna daje następujące wyniki: śmiertelność matek z powodu zabiegu 0,74%, dzieci — 4,4%. Autor poleca powyższy zabieg, zaznacza jednak, że powinien on być wykonany jedynie w zakładzie i to przez doświadczonego położnika.

H. Newlińska (Lwów).

Chirurgiczne leczenie zakażeń połogowych. Wskazania do wycięcia macicy. A. PATOIR, DECOULX i G. PATOIR. Rev. Fr. de Gyn. Z. 12. 1936.

Ponieważ leczenie zakażeń połogowych środkami farmakologicznymi często zawodzi, autorzy radzą w przypadkach, w których do 2—3 dni nie występuje poprawa, otworzyć jamę brzuszną i usunąć ewentualne pierwotne ognisko zakażenia czyli macicę. Na 6 operowanych przypadków — 4 wyzdrowiały. Zdaniem autorów operacja jest najlepszym sposobem walki z zakażeniem połogowym i nie należy jej uważać za ostateczność, gdyż wynik zależy od czasu, kiedy zabieg został wykonany.

H. Newlińska (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Odczyn Herxheimera po zastrzyku salyrganu. M. SZAJNA. Medycyna. Nr 23. 1936.

Autor na podstawie jednego spostrzeżenia wyraża zapatrywanie, że w razie wystąpienia odczynu Herxheimera (dreszcze, gorączka, łamanie w kościach) po zastrzyku środka rtęciowego moczopędnego należy skierować podejrzenie w kierunku zakażenia kiłowego. *St. Malczyński* (Lwów).

Okulistyka.

O zapobieganiu ophtalmoblenorrhoe u noworodków. P. PLITAS. Sow. Wracz. Żurn. Nr 21. 1936.

Metoda zapobiegania *oph.-bl.* wprowadzona przez Credego w roku 1881 ma niewątpliwie ogromne znaczenie, nie pozbawiona jest jednak stron ujemnych, co zmusza do zastanowienia się nad wyborem innej metody zapobiegawczej. Autor zaleca stosowanie 10% rozczynu protargolu, który pod wielu względami posiada przewagę nad lapisem: 1) jest zupełnie nieszkodliwy dla oczu, 2) powtórne zakraplanie protargolu nie uszkadza oka, natomiast dwukrotne lub większe ilości lapisu mogą wywołać zmętnienie rogówki, 3) pomyłki wskutek przygotowania rozczynów silniejszych nie mogą spowodować uszkodzenia oka, 4) protargol jest trwałym połączeniem srebra z białkiem, zawiera 8,3% srebra i dobrze rozpuszcza się w wodzie, 5) protargol nie wywołuje tzw. *„argentum-catarrh."*, 6) protargol nie tworzy białczanu w postaci błonki, która hamuje głębsze przenikanie preparatu, 7) w razie obecności rzeżączki u noworodka protargol może być stosowany już w pierwszych dniach choroby, natomiast lapis jest przeciwwskazany, gdyż może wywołać pogorszenie, 8) protargol mogą zakraplać osoby niefachowe.

Doświadczenie wielkich zakładów położniczych, które już stosują protargol zamiast lapisu wykazało, że odsetek zachorowań na *blenorrhoe* nie jest większy, jak przy stosowaniu lapisu.

Na podstawie własnego doświadczenia zaleca autor w przypadkach stwierdzonej rzeżączki wkraplanie do oka noworodka dwukrotnie: po porodzie 10% protargol, a po 12 godzinach powtórnie 5% protargol.

Praca powyższa została ogłoszona pod wrażeniem rozprawy sądowej z powodu uszkodzenia oczu u 7 noworodków w klinice położniczej w Iwanowsku. Noworodkom wkroplono po porodzie azotan srebra 7½%, który wydała apteka zamiast 1%. Wypadki oślepienia noworodków miały miejsce w szeregu innych miast sowieckich. *M. Segal* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Jądra zbrodniarzy seksualnych. R. RÖSSLE. Virch. Arch. T. 296. Str. 69. 1936.

Paragraf 42 niemieckiej ustawy karnej przewiduje przymusową kastrację osobników skazanych z powodu zbrodni seksualnych. Autor badał szczegółowo, makro- i mikroskopowo 125 par jąder usuniętych takim zbrodniarzom, nie stwierdzając w nich żadnych zmian, a w szczególności zmian, mogących wskazywać na ich nadczynność. Wynik tych badań nie przemawia jednak, zdaniem autora, przeciwko stosowaniu ustawy kastracyjnej, a wnioskuje on następująco: „Ustawowa kastracja usuwa narząd normalny. Ponieważ jednak w kompleksie podłoża zbrodniczego narząd ten pobudza do czynu *(„tatfördernd wirkt")*, nie można opierać się na jego normalności, jako na argumencie przeciwko przeprowadzaniu kastracji we wszystkich postaciach zbrodni hiperseksualnych". (Przyp. ref.: Rozumując *per analogiam*, należało by z tych samych powodów amputować normalną prawą rękę złodziejom lub wrócić do ustaw średniowiecznych i skazywać na śmierć wieprza, który zagryzł niemowlę).

T. Kielanowski (Lwów).

Alkoholizm a moralność. M. SOPOĆKO. Trzeźwość. Nr 1. 1936.

W referacie wygłoszonym na Kursie Alkohologii w Wilnie propaguje autor zupełną abstynencję, ustawy prohibicyjne itp. środki walki z alkoholizmem. Jeżeli chodzi o ustawę prohibicyjną w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, to autor uważa, że po wprowadzeniu jej ilość przestępstw zmniejszyła się, co znowu przeczy słowom umieszczonym w tejże samej „Trzeźwości" w artykule prokuratora Sądu Najwyższego Stanisława Czerwińskiego, który twierdzi, że w okresie prohibicyjnym przestępczość w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz w Finlandii nie tylko nie zmniejszyła się, lecz owszem wzrosła. Dr Sopoćko boleje szczególnie nad faktem panoszenia się alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej. I tak w Warszawie młodzież szkolna już w siedemnastym r. ż. pije alkohol w 90—95% (!), z tej liczby zaś 5% chłopców i 8% dziewcząt pije codziennie, 50% zaś co tydzień. Oczywiście, że ten smutny fakt jest winą wyłącznie rodziców oraz panujących stosunków.

Z. Bieliński (Lwów).

Alkoholizm a umieralność mężczyzn. W. CHODŹKO. Trzeźwość. Nr 1. 1936.

Opierając się na pracy R. Bandla *(Alkoholismus und Sterblichkeit.* Berlin 1935) przedstawia autor cały szereg wykresów ilustrujących stosunek liczby zgonów mężczyzn w wieku od 30 do 65 lat do liczby zgonów kobiet, oraz spożycie czystego alkoholu w litrach na głowę i rok w latach od 1846 do 1932 roku w Belgii, w Bawarii, w Prusiech, w Holandii, w Szwecji, w Hiszpanii, we Włoszech, w Anglii, w Walii, oraz we Francji. Min. Chodźko przytacza zdanie, wypowiedziane już w 1901 roku przez słynnego statystyka duńskiego, prof. Westergaarda, iż „gdyby można było całkowicie uwolnić świat od alkoholizmu, długość życia mężczyzn zwiększyłaby się tak znacznie, iż dzisiejsza przewaga w tym względzie płci słabej znikłaby całkowicie", na słuszność którego to zdania zdają się wskazywać wspomniane tablice. Z tablic tych wynika, iż powojenne ograniczenia spożycia alkoholu spowodowały wyraźny spadek umieralności mężczyzn. *Z. Bieliński* (Lwów).

O różnorodność walki z alkoholizmem. M. MICHAŁOWICZ. Trzeźwość. Nr 5. 1936.

W przemówieniu, wygłoszonym na Akademii Trzeźwości w Warszawie dnia 9. II. 1936 r., zwraca prof. Michałowicz uwagę na brak, cechujący metodykę walki z alkoholizmem, a mianowicie na jednostajność metod tejże walki. Sposobów urozmaicenia metody zwalczania alkoholizmu prelegent nie podał.

Zdz. Bieliński (Lwów).

Przestępczość nieletnich. ST. CZERWIŃSKI. Trzeźwość. Nr 5. 1936.

Autor, prokurator Sądu Najwyższego, rozpatruje interesujące i smutne zarazem zjawisko przestępczości młodzieży w wieku od lat 16—21. Przede wszystkim okazuje się że, według danych statystycznych wszystkich państw kulturalnych — przestępczość w tym wieku niepomiernie wzrasta. Zauważono również powiększenie się w tym okresie wieku samobójstw. Również ustalony został wśród nieletnich wzrost recydywistów, zajmujących się prostytucją i sutenerstwem. Powodem wzrostu przestępczości wśród nieletnich jest według kryminologów francuskich: a) wyludnienie wsi i nadmierny rozwój dużych miast, b) dezorganizacja życia rodzinnego, c) ogólny upadek moralności, d) nieodpowiednie warunki powszechnego i zawodowego szkolnictwa i e) masowy alkoholizm. Jeżeli chodzi o ten ostatni punkt, to trzeba zaznaczyć, że dziewięć dziesiątych przestępców nieletnich w wieku do 16 lat, według danych, przytoczonych przez dra Garnier'a, pochodzi z rodziców alkoholików. Zdaniem Kabanisa, że „człowiek dużo zrobił dla kultury zwierząt i roślin, lecz prawie zupełnie zaniedbał wychowanie siebie samego" — kończy Czerwiński swoją interesującą pracę.

Zdz. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół VI posiedzenia naukowego z dnia 2 marca 1936 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr I. Abramowicz.

I. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

II. *Pokazy chorych.*

Doc. Dr T. Wąsowski *przedstawia chorą 71-letnią, cierpiącą na ropne zapalenie wszystkich zatok bocznych nosa (pansinuitis).*

Cierpienie to spowodowało ropienie prawego woreczka łzowego i z tym głównie chora zwróciła się o poradę do Kliniki Ocznej. Tam dokonano zabiegu na woreczku, podczas którego stwierdzono przetokę kostną do nosa; chorą skierowano do Kliniki Oto-Laryngologicznej, gdzie stwierdzono przewlekłe ropne zapalenie obu zatok czołowych, obu zatok szczękowych i obu błędników sitowych. W znieczuleniu miejscowym dokonano zabiegu na zatoce czołowej prawej. Zatoka duża, z zawartością ropną, stwierdzone połączenie z zatoką lewą rozszerzono. Usunięto sitowie po stronie prawej, połączono zatokę czołową z nosem, otwarto prawą zatokę szczękową. Po 2 tygodniach dokonano zabiegu na lewej zatoce szczękowej. Zabiegi chora zniosła dobrze, rana wygoiła się przez rychłozrost. Przypadek zasługuje na uwagę, ponieważ ropne zajęcie wszystkich zatok bocznych nosa nie jest zjawiskiem codziennym i że połączenie podczas zabiegu obu zatok czołowych oszczędziło nowej operacji — otwarcia lewej zatoki czołowej, co dla chorej w tym wieku ma duże znaczenie, ponadto przy tak rozległej sprawie ropnej ograniczamy się nieraz do usunięcia tylko dolnej ściany zatoki czołowej, jak w przedstawionym przypadku, co daje dobry wynik kosmetyczny.

Dr E. Rittler *przedstawia chorą z Kliniki Ocznej U. S. B. z wągrem podsiatkówkowym oka lewego.*

Na wstępie podaje dane statystyczne z piśmiennictwa dotyczące tej sprawy chorobowej, omawiając drogę i miejsce rozwoju wągra, podaje, że jaje tasiemca samotnego z przewodu pokarmowego przez uwolnienie się z otoczki dostaje się drogą krwi lub limfy do oka, gdzie przeistacza się w wągra. Co się tyczy umiejscowienia w oku to rozróżniamy: 1) wągra przedspojówkowego, 2) wągra powiek i oczodołu, 3) wągra komory przedniej, 4) wągra przedsiatkówkowego, 5) wągra w szklistce. Chora skierowana przez Dr Malinowskiego z powyższym rozpoznaniem, podaje, że od 6 tygodni zauważyła pogorszenie się wzroku oka lewego. Poprzednio nie chorowała, odbyła 2 porody.

Przy badaniu stwierdzono: oko prawe: V. = 1.0, około lewe: V = $1^1/_2$ m palce. T = 20 mm Hg obuocznie. Refrakcja miarowa. Pole widzenia w oku prawym w granicach prawidłowych, w oku lewym mroczek środkowy. Dno oka prawego prawidłowe, w oku lewym nieznaczne zblednięcie skroniowej części tarczy nerwu wzrokowego oraz w odległości średnicy tarczy i nieco ku dołowi w miejscu plamki żółtej, mniejszy od średnicy tarczy nerwu wzrokowego pęcherzyk białawo-żółty, przeświecający. W dolnej skroniowej części pęcherza białawy punkt ruchomy. Uwypuklenie pęcherza w stronę szklistki wynosi 1.5 mm, naczynia siatkówki przebiegają nad pęcherzem, a dokoła niego siatkówka nieco obrzękła. Dokonano badania cytologicznego krwi, które wykazało 14% ciałek kwasochłonnych, oraz badanie kału, gdzie stwierdzono jaja tasiemca i inne. Odczynu Wejnberga nie dokonano ze względu na trudności techniczne. Co się tyczy leczenia, to będzie ono polegało na zwichnięciu gałki ocznej przez przecięcie odpowiednich mięśni zewnętrznych oraz dokonanie cięcia południkowego twardówki i wydobyciu wągra.

Referaty:

Dr Witek i Dr Borysowicz: *Przypadek pląsawicy Huntingtona przy braku zmian w jądrach kresomózgowia.*

Przypadek dotyczy chorej, lat 50, u której na podstawie 12-letniej obserwacji szpitalnej rozpoznano chorobę Huntingtona. Na obraz kliniczny składały się: wybitne zaburzenia ruchowe w postaci ruchów pląsawiczych całego ciała, bełkocząca niezrozumiała mowa oraz postępujące otępienie psychiczne. Chora zmarła w następstwie zapalenia opłucnej.

Badanie mózgu dokonane w Polskim Instytucie Badań Mózgu wykazało zupełny brak zmian w ciele prążkowanym i kuli bladej właściwych chorobie Huntingtona. Stwierdzono natomiast rozległe zmiany w płatach czołowych i wyspie pod postacią *status spongiosus* w obrębie kory z zanikiem komórek nerwowych i rozrzuceniem warstw kory oraz procesami reparacyjnymi, prowadzącymi do blizn glejowych. Ponadto stwierdzono zanik komórek nerwowych w wewnętrznej części ciała przedwzrokowego Luysa, przy braku w nim jakichkolwiek procesów patologicznych. Przytoczone zmiany pozwoliły wytłumaczyć wszystkie bez wyjątku objawy chorobowe, od otępienia psychicznego i zaburzeń mowy aż do zaburzeń ruchowych.

Z uwagi na wtórny charakter zmian w ciele Luysa i rozległość pierwotnych procesów w obrębie wyspy Rejla i płatu czołowego — przy zupełnie dobrze zachowanym ciele prążkowanym i kuli bladej — przyjęto możliwość istnienia połączeń ciała Luysa z wyspą Rejla, w szczególności z jej przednią częścią lub z płatem czołowym, gdzie napotkane procesy chorobowe były najsilniej wyrażone.

W związku z tym wymienić należy badania Rosego M. nad ścisłym związkiem genetycznym wyspy Rejla z ciałem prążkowanym, które to badania wytłumaczyć mogą związek ciała Luysa z wyspą Rejla, stanowiącą w pewnej mierze część układu pozapiramidowego.

Dyskusja: Prof. Rose: Zreferowany przypadek obok znaczenia teoretycznego ma również znaczenie praktyczne. *Chorea Huntingtoni* jest dziedziczna, a więc nie wolno córce chorej doradzać wyjścia zamąż.

Chora miała córkę, która obecnie mając 20 lat, jest zaręczona. Opiekun panny zwrócił się z zapytaniem do Instytutu Badań Mózgu, czy ze względu na chorobę matki, córka może wyjść zamąż. Ponieważ badanie mózgu chorej w Instytucie wykazało nie *chorea Huntingtoni*, a tylko jej objawy, czyli cierpienie nabyte, przeciwwskazań do zamążpójścia córki nie ma.

Doc. Dr J. Hurynowiczówna i Dr M. Rubinsztejn *podają wyniki swych badań nad chronaksją układu przedsionkowego w przebiegu niedokrwistości doświadczalnej u królika.*

Jako sprawdzian czynności błędnika autorowie badali, przed i po wywołaniu niedokrwistości, trzy różne odczyny przedsionkowe: 1) odczyn zbaczania oczu, 2) odczyn oczopląsu i 3) odczyn skrętu głowy dokoła osi podłużnej ciała. Oznaczono reobazę i chronaksję (przyrząd do pomiarów chronaksymetrycznych Bourgnignona-Waltera) z osobna dla każdego z tych trzech odczynów przedsionkowych. Niedokrwistość wywoływano przez odciąganie krwi (nacięcie żyły usznej) w ilości 1,5—2% wagi ciała.

Po skrwawieniu następuje wybitny wzrost pobudliwości układu przedsionkowego, wyrażający się w gwałtownym spadku chronaksji wymienionych odczynów przedsionkowych. Stwierdzono przy tym następujące szczegóły:

I. wzrost pobudliwości nie jest jednakowy dla poszczególnych odczynów błędnikowych, będąc szczególnie zaznaczony w objawach skłonu głowy i oczopląsu. Co do oczopląsu, to w wielu wypadkach u królików normalnych nie udawało się

w ogóle wywołać tego zjawiska przy największej reobazie, jaką daje przyrząd Bourgnignon-Waltera (190 v); po wywołaniu zaś niedokrwistości oczopląs występował zwykle już przy reobazie 70—80 v. Tymczasem dla objawu zbaczania oczu wzrost pobudliwości był o wiele słabiej zaznaczony i mniej stały. Czasem nie stwierdzano w niedokrwistości żadnych zmian chronaksji dla tego objawu.

Z tych doświadczeń wynika, że jeden i ten sam czynnik wpływa w sposób różny na poszczególne odczyny błędnikowe.

II. zmiany chronaksji przedsionkowej w niedokrwistości nie przebiegają równolegle do zmian hematologicznych we krwi. Chronaksja przedsionkowa wraca do stanu normalnego jeszcze w czasie trwania niedokrwistości, przed całkowitą regeneracją krwi.

III. przy powtórnie wywołanej niedokrwistości u tego samego królika stwierdza się identyczny przebieg zmian chronaksji przedsionkowej, jak w pierwszym okresie niedokrwistości.

Raz przebyta niedokrwistość nie wytwarza ani uodpornienia, ani też uczulenia układu przedsionkowego wobec ponownej niedokrwistości. (Całość pracy w druku).

W dyskusji zabiera głos Prof. M. Rose.

Wolne wnioski: Przewodniczący podał do wiadomości, że Zarząd T-wa na posiedzeniu w dniu 17. II. b. r. na miejsce dr Z. Marynowskiego wybrał na II sekretarza dr Stanisława Markiewicza.

Przewodniczący: *I. Abramowicz.*
Sekretarz: *J. Zienkiewicz.*

Sprawozdanie z II Zjazdu Międzynarodowego dla zwalczania raka, odbytego w Brukseli w dniach od 20—26 września 1936 roku.

W dniach od 20—26 września 1936 roku odbył się w Brukseli pod protektoratem króla Belgów i królowej Matki II Zjazd Unii Międzynarodowej dla zwalczania raka, zorganizowany przez Ligę Belgijską. Uroczyste otwarcie zjazdu odbyło się w niedzielę dnia 20 września w *Palais des Académies* w obecności króla, kardynała Van Roey, świata dyplomatycznego i rządu. Powitalne przemówienia wygłosili Dr Lerat, prezes Ligi Belgijskiej dla zwalczania raka, minister zdrowia Emil Vandervelde oraz senator Justyn Godart, prezes Unii Międzynarodowej. Właściwe obrady rozpoczęły się w poniedziałek dnia 21 września w salach *École de Médicine.* Przedpołudniowe posiedzenia odbywały się w sześciu sekcjach. Sekcja a) zajmowała się czynnikami rakotwórczymi, sekcja b) usposobieniem i odpornością, sekcja c) rozpoznaniem i leczeniem chirurgicznym, sekcja d) leczeniem energią promieniotwórczą, sekcja e) leczeniem wewnętrznym, sekcja f) walką społeczną z rakiem. Godziny popołudniowe poświęcone były referatom programowym, przy czym i tu stworzono trzy sekcje a mianowicie: sekcję biologii raka i leczenia ogólnego, sekcję diagnostyczną i leczenia właściwego oraz sekcję walki społecznej. Wykładów zgłoszono 273, z czego wygłoszono niespełna połowę. Referatów programowych zgłoszono 35, z których kilka odczytane zostały przez zastępców właściwych referentów. Przemawiano w 6 językach a to w języku angielskim, francuskim, hiszpańskim, niemieckim, rosyjskim i włoskim. Fakt, że język polski nie został uznany za język międzynarodowy był powodem, że Polska zrezygnowała z oficjalnej delegacji.

Tak jak się tego należało spodziewać nie przyniósł zjazd żadnych rewelacyj na temat zagadnienia raka, dał jednak wyraźny obraz tego, co w ostatnich trzech latach tzn. od zjazdu w Madrycie w tej dziedzinie zrobiono, jakie postępy uzyskano i gdzie w przyszłości dalszych postępów, czy to pod względem rozpoznawczym czy też leczniczym szukać należy.

W sekcji biologicznej Cook z Londynu i jego współpracownicy, omawiając ciała wywołujące raka u zwierząt doświadczalnych stwierdzają, że najpewniejszymi, jak dotychczas są ciała pochodzenia smołowego a przede wszystkim 3,4 benzopiren i 1,2:5,6 dibenzantren. Ciała te, jak to dowodził w swym referacie Borst (Monachium), nie są swoistymi ciałami wywołującymi raka, tylko działają pośrednio, powodując wpierw zmiany przewlekłe, które ulegając w dalszym ciągu zadrażnieniu przechodzą w bujanie złośliwe. Te same zapatrywania wypowiedział Pentimalli (Florencja), wykluczając działanie swoiste chemicznych czynników rakotwórczych, a także i istnienie jakiegokolwiek *„virus"* żywego posiadającego te własności. Czynnikami fizyczno-chemicznymi powodującymi bujanie złośliwe zajmował się Roffo (Buenos Aires), który omawiał w obszernym referacie rakotwórcze działanie promieni słonecznych. Badania jego na zwierzętach wykazały, że długotrwałe wystawianie na działanie promieni słonecznych wywołuje w 70% raka na nieowłosionych częściach ciała zwierząt, a więc na uszach, oczach, nosie i przednich łapach. Główną rolę odgrywa, jak się zdaje, nie tyle nasilenie światła, ile nasilenie promieniowania. Najbardziej szkodliwe wydają się być promienie pozafiołkowe. Histologicznie należą powstałe guzy do nabłoniaków lub też łącznotkankowych, przy czym u tego samego zwierzęcia powstać może kilka guzów i to tak raków, jak i mięsaków. Rozwój nowotworu trwa zwykle 7—10 miesięcy, a pierwsze jego objawy, to rogowacenie i tworzenie się brodawczaków. Powstawanie tych guzów przypisuje Roffo miejscowej cholesterolemii, wynikłej na skutek zadziałania słońca. Nagromadzony w nadmiarze cholesterol staje się fotoaktywny i powoduje powstanie ciał z grupy antracenowej, które ze swej strony wywołują bujanie złośliwe. Mechanizm powstawania tego rodzaju guzów rzuca pewne światło na etiologię nowotworów skóry u ludzi. W przesadnym stosowaniu kąpieli słonecznych widzi Roffo czynnik usposabiający do powstawania raka skóry i występuje jak najenergiczniej przeciw używaniu obecnie tak modnego opalania ciała. Badania Roffo potwierdza Vlèxs (Genewa), który badał również właściwości rakotwórcze innych czynników fizycznych. Okazuje się, że z ciał radioczynnych najłatwiej wywołuje guzy u zwierząt doświadczalnych tlenek toru, jak to podaje Oberling, Guerin i Roussy. Promienie Roentgena mają słabe działanie chyba, że się naświetla, jak to radzi Lacassagne, silnie ropiejące owrzodzenia. Ostre uszkodzenia prądem elektrycznym nie mają wpływu na powstawanie guzów. Co do przewlekłego działania prądu, to okazało się, że zwierzęta, których klatki posiadały połączenie z ziemią, $2^1/_2$ razy częściej wykazywały powstawanie zmian nowotworowych, niż zwierzęta kontrolne w klatkach odosobnionych od ziemi. Kreyberg (Oslo) i Clare Lynch (Nowy Jork) omawiali sprawę dziedziczności guzów złośliwych, wywołanych u zwierząt doświadczalnych. Wyniki badań na tym polu są jednak, jak dotychczas, nader skromne; ograniczają się do stwierdzenia, że u potomstwa zwierząt, u których wywołano sztucznie nowotwór możliwe jest występowanie samoistnych guzów, ale tylko o tej samej budowie, co guzy sztuczne starszych generacyj.

Kwestię czynników hamujących rozwój nowotworu wywołanego u zwierząt doświadczalnych przedstawił Murphy (Nowy Jork). Badania swe opierał on na założeniu, że wzrost i różnicowanie się komórki prawidłowej regulowane są w organizmie przez system posiadający właściwości tak uczynniające, jak i hamujące. Nadmierne bujanie komórki należy przypisać zaburzeniom w równowadze tego systemu. Powstaje więc pytanie, czy wyciągi z narządów zdrowych, zawierające czynnik hamujący nie są w stanie równowagi tej przywrócić. Doświadczenia referenta wykazały, że istotnie wyciągi z łożyska, tkanki embrionalnej oraz z sutka w okresie prelaktacyjnym, działają hamująco na rozwój przeszczepionych lub samoistnych raków u myszy. Fischer-Wassels (Frankfurt nad Menem) omawiał sprawę ogólnej dyspozycji rakowej. Jest on zapatrywania, że właściwości komórki rakowej polegają na pewnych zmianach wewnątrzkomórkowych, nieznanych nam dotychczas. Komórka rakowa wraz ze swymi swoistymi właściwościami powstaje z komórki prawidłowej, i to albo w jej rozwoju embrionalnym, albo na skutek zaburzeń w procesie regeneracyjnym komórki pierwotnie zdrowej, o ile prócz tego czynnika miejscowego istnieje w organizmie usposobienie do przemiany złośliwej. Doświadczalne badania u zwierząt nad rakami samoistnymi i sztucznie wywołanymi wykazały istnienie tego czynnika ogólnego zwanego dyspozycją. Oba te czynniki tak miejscowy, jak i ogólny mogą być nabyte albo odziedziczone. Reding (Bruksela) podkreślił również w swym referacie ważność czynników miejscowego i ogólnego przy powstawaniu nowotworów. Teutschlender (Heidelberg), omawiając wpływ obronny soków organizmu w związku ze złośliwością nowotworów, wygłosił zapatrywanie, że złośliwość nie tylko jest zależna od właściwości komórki rakowej, ale także w znacznym stopniu od miejscowych i ogólnych sił obronnych organizmu.

Kwestię rozpoznania anatomo-patologicznego omawiał Ewing (Nowy Jork), podkreślając wielką wartość, jaką dla klinicysty posiada ścisły opis histologiczny badanego preparatu, czy to ze względu na wybór sposobu leczenia czy też na rokowanie. Wartości określania stopnia złośliwości z obrazu histologicznego nie należy przeceniać, ponieważ większość guzów podpada pod stopień średniej złośliwości, a tylko 10—15% posiada znaczną złośliwość. Przyszłość kancerologii na terenie anatomo-patologicznym leży zdaniem Ewinga w badaniu fizjologii komórki rakowej.

Znaczenie serologii w rozpoznaniu raka omawiali szeroko Hirschfeld (Warszawa), Del Rio Hortego i Gonzales (Madryt) oraz Rondoni (Mediolan). Według Hirschfelda rozpoznanie raka przy pomocy prób serologicznych jest niemożliwe z tej przyczyny, że nie znamy dotychczas antygenu rakowego. A nawet gdy się uda antygen ten wykryć, należy z wszelkim prawdopodobieństwem przypuścić, że tę samą reakcję będą dawały sprawy ropne, zakaźne i serowate. Hortego i Gonzales stwierdzają również, że do dziś dnia nie posiadamy reakcji, która by miała cechy swoistości, a odczyn ujemny którejkolwiek z licznych reakcyj nie może w żadnym razie wykluczyć istnienia sprawy nowotworowej. Rondoni odnosi się również negatywnie do możności wczesnego serologicznego ujawnienia raka, a to z tej przyczyny, że rak zdaniem jego jest wpierw schorzeniem miejscowym a zmiany w surowicy występują dopiero wtórnie w miarę rozszerzania się procesu nowotworowego.

Przechodząc do omówienia wykładów dotyczących leczenia raka, streszczę wpierw w krótkości referaty dotyczące leczenia ogólnego środkami z zakresu medycyny wewnętrznej. W sprawie chemoterapii stwierdza Auler (Berlin), że leczenie to ma na celu z jednej strony mobilizację sił ochronnych organizmu przez wytworzenie fizjologicznego stanu zapalnego, z drugiej strony wywołanie odczynów ze strony komórki rakowej, a mianowicie wzmożenie jej właściwości litycznych. O skuteczności zadziałania środka chemicznego decyduje możność reakcji całego ustroju oraz zachowanie się soli, stanu koloidalnego i hormonalnego organizmu. Leczenie wymaga stałej kontroli wydzielin i wydalin. Należy je stosować jedynie dodatkowo lub w beznadziejnych przypadkach. Wyniki są przemijające.

Kwestię organoterapii omawiał Blumenthal (Białogród), stwierdzając na wstępie, że leczenie chirurgiczne i energią promieniotwórczą ma na celu zniszczenie istniejącej zmiany nowotworowej. Niedopuszczenie do dalszej przemiany złośliwej jest zadaniem leczenia wewnętrznego. Dotychczasowe wyniki leczenia wyciągami z narządów były raczej ujemne. Wielkie nadzieje pokłada referent w nowym środku podanym przez siebie, Jakobsena, Rosenberga i Cailliau. Środek ten znany pod nazwą Aristrotop, stanowiący wyciągi z wątroby, żołądka, jelita, śledziony i trzustki, stosuje się pod postacią wstrzykiwań, pastylek i maści. Działa on na naczynia, wywołując ich skurcz i następowe obumarcie komórek rakowych, wywiera ponadto bezpośredni wpływ na komórkę rakową, doprowadzając do jej rozmiękania a wreszcie działać ma przeciwkachektycznie i tonizująco. Klinicznie stwierdza się ustąpienie bólów, zmniejszenie się guza a wreszce poprawę ogólnego stanu chorego. Blumenthal przypisuje temu środkowi działanie swoiste na komórkę rakową i przypuszcza, że chodzi tu o działanie hormonalne w szerszym tego słowa znaczeniu. Referat Blumenthala zaatakował bardzo ostro Schinz (Zurych), który poddał w wątpliwość swoistość tego środka i zażądał podania sposobu fabrykacji wspomnianych wyciągów. Odpowiedź Blumenthala i jego współpracowników wypadła tak nie przekonywująco, że przewodniczący obradom Dr Goormaghtigh zwrócił się *ex presidio* do Blumenthala z prośbą o podanie w przyszłości szczegółowych dowodów swoistości preparatu i danych co do uzyskiwania wyciągów. Po tej dyskusji preparat Blumenthala Aristrotop podzielił w szybkim tempie losy Anabolu Opitza i preparatu Vichery.

Sprawę diety u chorych na raka omawiał Freund (Wiedeń). Zdaniem jego, zapatrywanie, że komórka rakowa żyje kosztem zdrowych komórek nie jest słuszne, ponieważ tak często klinicznie stwierdzamy, że raki zwężające przełyk są małe a duże guzy spotyka się przeważnie u osób silnie rozwiniętych. Kwestia diety u chorych na raka polega przede wszystkim na uregulowaniu trawienia. Komórka rakowa straciła zdaniem Freunda zdolności wchłaniające normalnej komórki, a z drugiej strony posiada właściwości przeciw sokom organizmu i to dzięki ciałom, które dadzą się wyosobnić z treści jelita chorego na raka. Są to nukleiny, zawierające kwasy tłuszczowe i węglowodany. Wspomniane ciała nie są pożyteczne dla komórki prawidłowej, zostają jednak wychwytane przez komórkę nowotworową. Leczenie dietetyczne będzie miało na celu odkażenie przewodu pokarmowego oraz podawanie pokarmów nie fermentujących i nie zawierających kwasu palmitynowego. Pożywienie składać się powinno przede wszystkim z białka, węglowodany należy wykluczyć, a z tłuszczów używać jedynie oliwy niezawierającej kwasu palmitynowego. Tego rodzaju dieta daje dobre wyniki jako leczenie dodatkowe.

Postępy w leczeniu chirurgicznym raka referował Hartmann (Paryż), zwracając uwagę na rozwój chirurgii płuc. Wyniki, jakie się uzyskuje po lobektomii i pneumektomii, wykonanych z innych wskazań, dają nadzieję poprawienia losu chorych na raka płuc i oskrzeli. Ważnym postępem w dziedzinie chirurgicznego leczenia jest coraz częstsze posługiwanie się nożem elektrycznym, czy też elektrokoagulacją oraz kombinowanie tego sposobu leczenia z leczeniem radem. Dotyczy to zwłaszcza guzów części kostnych twarzy, odbytnicy i piersi. Operowanie nożem elektrycznym zachwalał również Manninger (Budapeszt), który jednak w bliskości dużych naczyń i nerwów, zwłaszcza nerwu błędnego, radzi używać Paquelin'a. Operując nożem elektrycznym nie obserwował Manninger na trzy tysiące przypadków ani jednego nawrotu w bliźnie. Charakterystyczny jest również brak bólu przyrannego po takiej operacji. Owrzodzenia rakowe mające być naświetlane radzi Manninger przedtem poddać elektrokoagulacji, przez co unika się nadmiernej reakcji powodowanej rozpadem. Podobnie stwierdza i Moulonguet (Paryż) dobre wyniki po elektrokoagulacji i następowym leczeniu radem w przypadkach nowotworów szczęki. Doradza on jednak uprzednio wykonać podwiązanie tętnicy szyjnej. Mallat (Paryż) wskazuje na dobre wyniki, jakie uzyskuje się elektrokoagulacją w przypadkach radio-nekrozy kości. Petrow (Moskwa) referował o leczeniu operacyjnym raka odbytnicy. Wypowiada się on za jednoczasowym kombinowanym zabiegiem doszczętnym u osobników silnych, u słabszych operuje dwuczasowo. Elektrochirurgia daje zdaniem jego lepsze wyniki, niż radochirurgia. W dyskusji zabierał głos Finsterer, jako zwolennik utrzymania zwieracza odbytu we wszystkich przypadkach, w których nowotwór znajduje się powyżej 10 cm od otworu odbytu. Leczeniem bólu u chorych na raka zajmował się Dogliotti (Modena). Postępuje on następująco: wpierw naświetla chore miejsce promieniami Roentgena, co w dużej ilości przypadków przynosi ulgę. Tam, gdzie naświetlania nie pomagają lub w razie nawrotu bólu wstrzykuje on, jeżeli chodzi o zakres nerwu trójdzielnego, alkohol do zwoju Gassera, w przypadkach jednostronnego bólu tułowia do *cavum subarachnoidale*. Ból obustronny tułowia lub kończyn dolnych stara się Dogliotti usunąć chordotomią, dopiero gdy te metody zawodzą ucieka się on do stosowania morfiny.

O postępach w leczeniu promieniami Roentgena referował Schinz (Zurych). Zdaniem jego na poprawienie wyników w ostatnich latach wpłynęła metoda podana przez Coutarda, dająca znakomite usługi zwłaszcza w leczeniu raka gardła i krtani. Zastosowanie wysokiego napięcia do 1000 Klv omawiane przez Carter Weood (Nowy Jork) i Gendreau (Montreal) daje nawet w przypadkach ciężkich zachęcające wyniki. Czas obserwacji po tym nowym sposobie leczenia jest jednak zbyt krótki, by z dzisiejszych wyników wysnuwać wnioski. Zdaniem Holthusena (Hamburg) nie należy się jednak po zwiększeniu napięcia spodziewać lepszych wyników, ponieważ uzyskujemy tym sposobem jedynie nieco większą dawkę w głębi, a sedno leczenia promieniami leży w intensywności i w czasie stosowania dawki. Naświetlanie całego ciała z odległości 1—3 m przeprowadza ostatnio na większym materiale Mallet z Paryża. Leczenie to nadaje się zwłaszcza w przypadkach zaniedbanych oraz przerzutach. Dawka dzienna wynosi 25—30 r, ogólna dawka 500—1200 r. Leczenie to nie uszkadza narządów wewnętrznych. Należy jednak systematycznie kontrolować obraz krwi i przy spadku ciałek czerwonych poniżej 2,600.000 przerwać naświetlanie na trzy do czterech tygodni.

Interesującą statystykę podał Wintz, uzyskaną przez siebie metodą stosowania dużych dawek promieni Roentgena. I tak w przypadkach raka piersi nadającego się do operacji uzyskiwał on wyleczenie po 6 latach w 47%, po 9 latach 37.6%, po 11 latach 31.3%. W przypadkach nieoperacyjnych po 4 latach otrzymywał 23% wyleczeń, po 9 latach 16% wyleczeń. Małe ograniczone guzy piersi radzi Wintz wycinać nożem elektrycznym,zachowując pierś. Metoda Wintza okazała się jednak dobrą jedynie w jego rękach. Inni autorowie sposobem tym dotychczas nie osiągnęli nawet w przybliżeniu tak dobrych wyników.

O dodatnich wynikach leczenia radem referował cały szereg prelegentów a mianowicie przedstawiał Keyes (Nowy Jork) swój sposób leczenia raka stercza przy pomocy igieł z emanacją radową. Guzman referował o leczeniu raka macicy, Flockstrumpf (Warszawa) o dobrych wynikach leczenia radem raka odbytnicy. Wickham (Paryż) demonstrował cały szereg pomysłowych aparatów nadających się do leczenia radem raków jamy ustnej. Maissin (Lowanium) donosił o próbach leczenia raka sutka aparatami telecurie.

Społeczną stronę walki z rakiem oświetlił cały szereg referentów z różnych krajów, wskazując na konieczność ścisłego kontaktu ze społeczeństwem, na ważność wczesnego rozpoznania, opieki nad chorymi nieuleczalnymi i organizacji jak największej ilości należycie wyposażonych ośrodków leczniczych.

Z lekarzy polskich wygłosili referaty, poza już wspomnianymi, prof. Pelczar z Wilna na temat seroterapii raka ludzkiego, Dr Thursz o sposobie wlewania dożylnego alkoholu w przypadkach nowotworów złośliwych, oraz Dr Osuchowski (Lwów), który przedstawił statystykę chorych na raka i inne nowotwory złośliwe na terenie Polski za rok 1934, opracowaną w Polskim Instytucie Przeciwrakowym we Lwowie.

Organizacja kongresu była wzorowa. Wolne chwile od wykładów przeznaczone były na zwiedzanie szpitali i pokazy interesujących preparatów. Wieczory wypełniono przyjęciami, wspólnym bankietem i przedstawieniem galowym w Operze.

Przyszły kongres uchwalono odbyć w roku 1939 w Atlantic City.

Dr Zbigniew Rychłowski (Lwów).

Wniosek Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sprawie ufundowania „Domu Lekarza Polskiego" do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Troskę każdego dojrzałego człowieka stanowi widmo niezabezpieczonej starości oraz dachu nad głową w okresie skończonej wydajności życiowej i niemożności zarobkowania.

Cały szereg ludzi pracy znajduje zabezpieczenie starości w postaci emerytur i innych postaci ubezpieczenia. Wolne zawody pod tym względem znajdują się w znacznie trudniejszym położeniu. Długie lata ciężkiej i wyczerpującej pracy nie dają gwarancji zabezpieczenia życia na czas, gdy już siły nie pozwalają na zarobkowanie. W tym położeniu są przede wszystkim lekarze pomimo, że praca ich była przez cały okres ich wydajności życiowej w jak najszerszym znaczeniu ofiarna i społeczna.

Zubożenie szerokich mas ludności pociągnęło za sobą i zubożenie sfer lekarskich. Czasy, kiedy lekarz był człowiekiem zamożnym i sam sobie mógł zabezpieczyć starość, minęły bezpowrotnie. Lekarz, póki ma siły i możność pracy, może jedynie zapracować na utrzymanie swoje i swojej rodziny; z chwilą nadejścia starości i niemożności pracowania staje oko w oko z nędzą. Zapomogi, otrzymywane z Kasy podupadłych lekarzy, nie przekraczają wysokości 100—150 zł rocznie, a Rodzina Lekarska rozporządza jeszcze mniejszymi funduszami.

Przedstawiciele innych zawodów, jak kolejarze, nauczyciele, artyści dramatyczni usiłują rozwiązać już tragizm zagadnienia niezabezpieczonej starości, fundując domy, w których starzy, zniedołężniali i wytrąceni z normalnego łożyska życiowego koledzy znaleźć mogą opiekę i przytułek. Najwyższy też czas pomyśleć o stworzeniu Domu Lekarza, który by mógł spełniać rolę domu wypoczynkowego, być również schroniskiem dla starych kolegów, niezdolnych już do pracy zawodowej, który byłby równocześnie trwałym pomnikiem solidarności świata lekarskiego i zdolności do zbiorowego wysiłku.

Jest nas w Polsce z górą 12.000, wszyscy należymy do izb lekarskich, wszyscy związani jesteśmy węzłami wspólnego zawodu, jesteśmy członkami korporacji, której solidarność obowiązuje nawet poza granicami ojczyzny. Niech każdy z nas *ofiaruje* 50 groszy do 1 zł miesięcznie, a rychło zbierze się *fundusz*, z którym już po upływie jednego roku można będzie przystąpić do *budowy Domu Lekarza Polskiego;* po kilku latach Dom taki z dziedziny marzeń przejdzie do rzeczywistości. *Niech każdy z nas pamięta, że, ponosząc tę minimalną ofiarę, ponosi ją dla siebie lub swego nieszczęśliwego kolegi.*

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, występując z tą inicjatywą, zwraca się do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, aby w zrozumieniu tej palącej potrzeby zajął się za pośrednictwem izb terytorialnych zbieraniem składek miesięcznych, z których ma powstać instytucja o doniosłości pierwszorzędnej.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej deklaruje na ten cel ze skromnych swoich funduszów cegiełkę do tego gmachu — zł 100 (sto).

Prezes: (—) *Dr M. Kacprzak.*
Sekretarz: (—) *Dr K. Bacia.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr Stanisław Skalski zmarł w Łodzi dnia 5 lutego b. r. w wieku 66 lat.

Dr Marian Poleski zmarł w Ostrowie dnia 16 lutego b. r.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

V posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 19 lutego 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Petryński B.: Przypadek ziarnicy złośliwej z rzadkimi zmianami skóry (demonstr.). 2) Kol. Lewicki T.: Pierwotne zakażenie gruźlicze w 19 roku życia (demonstr.). 3) Kol. Osuchowski M.: Sprawozdanie z IV Zjazdu do walki z nowotworami, odbytego w Wilnie w dniach od 6—8 grudnia 1936 (odczyt).

Zebranie Koła Internistów — Poznań, odbyło się dnia 19. II. 1937 r. Porządek obrad: A. Komunikaty Zarządu. B. Wykłady na temat powiększonej śledziony. 1. Dr K. Stojałowski: Obrazy anatomo-patologiczne powiększonej śledziony. 2. Dr St. Tuszewski: Uwagi kliniczne w sprawie powiększonej śledziony. 3. Doc. Dr Łabendziński: Hematologia splenomegalii. 4. Doc. Dr Skubiszewski: Chirurgia śledziony.

W czasie od 15. III. do 23. III. b. r. odbędzie się w Paryżu kurs z pediatrii pod dyrekcją prof. L. Lereboullet. Kurs obejmie okres niemowlęctwa. Informacje: M. Detrois, Clinique Parrot, Paris.

Na Walnym Posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Toruniu odbytym w dniu 28. I. 1937 r. wybrano zarząd w następującym składzie: prezes: Dr Dasiewicz; wiceprezes: Dr Żabicki; sekretarz Dr Turyna; bibliotekarz: Dr Konkolewski; skarbnik: Dr Chyrczakowski; zastępca skarbnika: Dr Raszke.

Międzynarodowe kursy lekarskie dokształcające przy Berlińskiej Akademii dokształcania lekarzy (Berlin, NW 7, Robert Koch-Platz 7) odbędą się w czasie od 22. II. do 8. V. b. r. 1) Choroby wewnętrzne — 22. II. — 6. III. opłata 75 RM. 2) Chirurgia — 5. IV. — 10. IV. (70 RM). 3) Choroby zawodowe — 5. IV. — 10. IV. (50 RM). 4) Kurs z urologii — 12. IV. — 17. IV. (60 RM). 5) Odżywianie zdrowego i chorego — 12. IV. — 17. IV. (50 RM). 6) Rentgenodiagnostyka i promieniolecznictwo — 16. IV. — 23. IV. (60 RM). 7) Ortopedia — 19. IV. — 24. IV. (60 RM). 8) Gruźlica — 3. V. — 8. V. (50 RM) i in. Zgłoszenia przyjmują na 8 dni przed rozpoczęciem kursu.

Reunions Medico-Chirurgicales de Morphologie (Paris). Ostatnio odbyło się posiedzenie w dniu 17 lutego b. r. z następującym porządkiem dziennym: Dr Claoue: Chirurgiczne odmłodzenie twarzy. Dr Langeard: Intersexualizm w sztuce. Ponadto przedstawili prace dr Muller, dr Thooris i Hoffmann.

III zjazd austriackich oto-laryngologów odbędzie się w Innsbrucku dnia 28 i 29 maja b. r. Tematy główne: 1) Postępy w czynnościowym badaniu narządu słuchu i wpływ jego na rozpoznawanie i leczenie chorób uszu. 2) Górne drogi oddechowe a konstytucja i schorzenia ogólne. Zgłoszenia do 15 kwietnia b. r. należy kierować pod adresem kierownictwa zjazdu: Wien I, Schottenring 24.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Paryskiego urządza w czasie od 8. III. do 20. III. b. r. 46. kurs dokształcający pod kierownictwem prof. M. Villareta. Omówione będzie leczenie gośćca, schorzeń naczyń krwionośnych, schorzeń nerek i wkrewno-wegetatywnych. Na całość złoży się 38 wykładów. Opłata wynosi 200 fr.

W czasie zaś od 19. IV. do 4. V. b. r. odbędzie się 47. kurs dokształcający z zakresu chorób przewodu pokarmowego, wątroby i z zakresu odżywiania (razem 40 wykładów). Opłata wynosi również 200 fr, za oba zaś kursy razem 300 fr. Zgłoszenia: *Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Therapeutiques de la Faculté de Médecine de Paris.*

Różne.

Z kraju.

Iwonicz leży w odległości 11 km od stacji kolejowej, która mieści się w małym drewnianym budynku nieodpowiednio urządzonym, pozbawionym oświetlenia elektrycznego i urządzeń wewnętrznych. Braki te tym silniej dają się odczuwać, że wskutek odległości od Zdrojowiska często znaczna ilość kuracjuszy dłużej zatrzymywać się musi na dworcu o różnej porze dnia i nocy. Wobec powyższego zarząd zdrojowiska w Iwoniczu wystąpił do władz kolejowych z prośbą o przystąpienie w najbliższym czasie do budowy nowego dworca kolejowego.

W dniu 29 stycznia b. r. w sali odczytowej Polskiego Tow. Higienicznego w Warszawie, odbył się drugi z rzędu odczyt w cyklu organizowanych przez Związek Uzdrowisk Polskich odczytów dla lekarzy pt.: „Wskazania i własności lecznicze Krynicy“, który wygłosił Prof. dr Konrad Wagner. Źródłowo i niezmiernie interesująco opracowany referat powyższy zostanie przez Związek Uzdrowisk wydany w oddzielnej broszurze, która będzie rozesłana do wszystkich lekarzy. — Następny wieczór odczytowy w dniu 5. II. poświęcono dwu wykładom, z których pierwszy pt.: „Znaczenie Rabki w leczeniu klimatyczno-zdrojowym“ wygłosił Dr L. Łuka, drugi na temat: „Zaleszczyki, jako ciepła stacja klimatyczna“ wygłosił Dr Fr. Paramończyk. — Wieczór w dniu 12. II. poświęcony był odczytom: Dra A. Kaczyńskiego: „Solec-Zdrój w szeregu polskich i obcych zdrojowisk siarczanych“ oraz Dra St. Typrowicza pt.: „Własności lecznicze Jastrzębia-Zdroju“. Referaty powyższe będą przez Związek Uzdrowisk wraz z poprzednimi i następnymi wykładami obecnego cyklu wydane drukiem.

W okresie od 1925 r. do 1 grudnia 1936 r. zasiłki dla bezrobotnych pracowników umysłowych i robotników wyniosły 653,015.000 zł. — W pierwszych 11 miesiącach 1936 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił ogółem pracownikom umysłowym kwotę 9,641.137 zł z tytułu zasiłków na wypadek braku pracy. Liczba bezrobotnych pracowników umysłowych, którym wypłacono zasiłki na 1 grudnia 1936 r. wyniosła 8.879 osób. — Fundusz Pracy wypłacił w pierwszych 11 miesiącach 1936 r. na zasiłki dla bezrobotnych robotników ogółem 24,392.963 zł. Ilość robotników, którym wypłacono zasiłki na 1 grudnia 1936 r. wyniosła 34.008 osób. Łącznie więc Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Fundusz Pracy wypłaciły w 11 miesiącach 1936 r. na zasiłki dla bezrobotnych robotników i pracowników umysłowych kwotę 34,034.100 zł.

Według ostatnich obliczeń na 1 listopada r. ub. w ubezpieczalniach społecznych na terenie całego kraju (bez Górnego Śląska) ubezpieczonych było ogółem 1,985.819 osób, zgłoszonych przez 413.594 zakłady pracy. Ubezpieczeniu na wypadek choroby podlegało 1,941.237 osób, emerytalnemu robotników: 1,636.073, emerytalnemu i na wypadek braku pracy pracowników umysłowych: 275.645 oraz ubezpieczeniu od wypadków w zatrudnieniu: 1,972.758 osób. Na terenie województw centralnych ubezpieczonych było 1,038.123 osób, w południowych 485.133 osób, w zachodnich 292.661 osób, oraz w województwach wschodnich 153.292 osób.

Wobec słabego wykorzystywania przez ubezpieczalnie społeczne w miesiącach zimowych sanatoriów w Iwoniczu i Krynicy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwrócił uwagę ubezpieczalni, że zgodnie z planem lecznictwa zapobiegawczego na rok 1937, ubezpieczalnie społeczne obowiązane są równomiernie wykorzystywać w ciągu roku przyznane im kontyngenty dni leczenia. Wielki napływ zgłoszeń na leczenie zapobiegawcze w miesiącach letnich utrudnia bardzo często zrealizowanie tego leczenia i z tego względu pożądane jest kierowanie ubezpieczonych na leczenie sanatoryjne w okresie zimowym.

W związku z rozszerzeniem ram lecznictwa zapobiegawczego w ubezpieczeniach społecznych, którego koszty pokrywane są z funduszów ubezpieczeń emerytalnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyjaśnia, w jaki sposób można się starać o to leczenie. Ubezpieczeni na wypadek choroby starać się mogą o zapobiegawcze leczenie sanatoryjne na podstawie opinii lekarza domowego, który po stwierdzeniu konieczności leczenia sanatoryjnego przedstawia ubezpieczalni społecznej odpowiedni wniosek. Na zasadzie tego wniosku ubezpieczony badany jest przez komisję lekarską ubezpieczalni społecznej. W związku z tymi badaniami pracownik nie ponosi żadnych kosztów. Gdy lekarz domowy nie stwierdzi konieczności leczenia sanatoryjnego, wówczas ubezpieczony może sam zgłosić odpowiedni wniosek do ubezpieczalni społecznej, przy czym w tym wypadku ponosi koszty badania komisyjnego (w wysokości zł 10, bezrobotni zł 5). Pracownicy, wyłączeni z ubezpieczenia na wypadek choroby (zarabiający powyżej zł 725, pracownicy rolni, pracownicy uprawnieni do korzystania z państwowej opieki lekarskiej) składają wniosek o zapobiegawcze leczenie sanatoryjne bezpośrednio do ubezpieczalni społecznej i ponoszą koszty badania komisyjnego.

W dniach 31. I. do 2. II. b. r. odbyła się konferencja poświęcona opiece lekarskiej na wsi a zorganizowana przez Instytut Spraw Społecznych. Na uroczystość otwarcia konferencji przybył p. Minister Opieki Społecznej M. Kościałkowski, wiceminister dr Piestrzyński i dyrektor działu służby zdrowia dr Adamski.

Niemcy.

Nowa organizacja egzaminów państwowych lekarskich w Niemczech wprowadza historię medycyny jako przedmiot obowiązkowy, o czym zawiadamia prof. Diepgen w ostatnim zeszycie *Mitteilungen zur Gesch. d. Med.*, podając równocześnie do wiadomości, że minister oświaty utworzył przy Zakładzie Historii Medycyny w Berlinie dwa miejsca dla praktykantów. Praktyka w tym Zakładzie ma być zaliczana praktykantom do ich przepisanego okresu praktyki, jako praktyka sześciomiesięczna.

W Bawarii od 1. I. 1937 r. wprowadzono wypoczynek niedzielny i świąteczny dla lekarzy kas chorych.

Komunikaty.

Kurs medycyny społecznej zorganizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza odbędzie się w czasie od dnia 12 kwietnia do 12 czerwca 1937 r. we Lwowie, w gmachu Uniwersytetu przy ul. Marszałkowskiej 1. W kursie mogą wziąć udział lekarze pracujący w instytucjach ubezpieczeń społecznych, w państwowych lub samorządowych urzędach zdrowia, zainteresowani higieną publiczną i medycyną społeczną oraz lekarze, odbywający obowiązkową praktykę szpitalną. Udział w kursie jest bezpłatny. Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych. Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić do Kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego, Lwów, ul. Marszałkowska 1, w dniach *od 1 do 5 kwietnia* b. r., z załączeniem dowodów uprawnienia do uczestnictwa w kursie. Wykaz kandydatów przyjętych na kurs będzie ogłoszony w dniu 10 kwietnia b. r. na tablicy ogłoszeń Dziekanatu Wydziału Lekarskiego. Kandydaci zamiejscowi zostaną zawiadomieni o wyniku załatwienia podania za pośrednictwem poczty. Szczegółowy program wraz z rozkładem godzin otrzymają kandydaci w dniu 10 kwietnia b. r. w Kancelarii Wydziału Lekarskiego U. J. K.

Program kursu: 1) Prof. Dr W. Sieradzki: Idea ubezpieczeń społecznych (1 godz.). — 2) Dr E. Doliński: Rys historyczny rozwoju higieny i medycyny społecznej (1 godz.). — 3) Doc. Dr M. Zimmermann: Ustawodawstwo z dziedziny ubezpieczeń społecznych (4 godz.). — 4) Dyr. S. Świderski: Ogólna organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce (1 godz.). — 5) Dr W. Korski: Organizacja świadczeń w ubezpieczeniu społecznym (2 godz.). — 6) Dr T. Falkiewicz: Organizacja lecznictwa w ubezpieczeniu krótkoterminowym: a) wykład (2 godz.), b) ćwiczenia praktyczne (2 godz.). — 7) Dr S. Bühn: Zagadnienie zapobiegania w ubezpieczeniu społecznym z uwzględnieniem norm żywienia pracowników fizycznych (2 godz.). — 8) Dr A. Ćwikliński: Higiena pracy i choroby zawodowe (4 godz.). — 9) Prof. Dr J. Lenartowicz: O chorobach zawodowych skóry (2 godz.). — 10) Prof. Dr A. Cieszyński: Choroby zębów ze stanowiska higieny społecznej (1 godz.). — 11) Inż. St. Zwoliński: Krótki rys urządzeń ochrony pracy: a) wykład (2 godz.), b) ćwiczenia praktyczne (2 godz.). — 12) Dr H. Słoniewska: Zasady i metody badań psychotechnicznych: a) wykład (1 godz.), b) ćwiczenia praktyczne (1 godz.). — 13) Dr E. Doliński: Choroby społeczne i walka z nimi (3 godz.). — 14) Prof. Dr K. Bocheński: Opieka nad matką i dzieckiem (1 godz.). — 15) Dr E. Doliński i Dr A. Ćwikliński: Zwiedzanie zakładów higieny zapobiegawczej (2 godz.). — 16) Dr St. Bühn: Zarys orzecznictwa krótkoterminowego i emerytalnego: a) wykład (2 godz.), b) ćwiczenia praktyczne (1 godz.). — 17) Dr K. Piro: Zarys orzecznictwa wypadkowego: a) wykład (2 godz.), b) ćwiczenia praktyczne (1 godz.).

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—
za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.